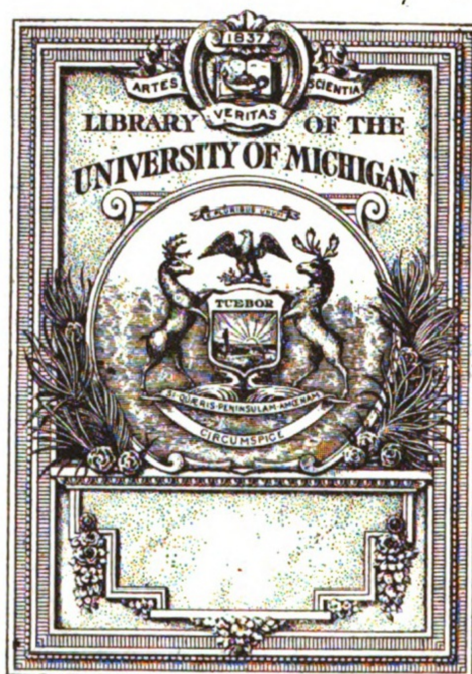

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

Professor Dr. C. BACHEM
IN BONN

JAHRGANG 1918. BAND 328.
(JULI BIS DEZEMBER 1918.)



BONN 1918
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

85. JAHRGANG BAND 328 HEFT 1
JULI 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN



Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 328 | Juli 1918

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

(Aus dem Militär-Bakteriologischen und Hygienischen Institut der Festung und Stadt Köln.)

Betrachtungen und Versuche über Kriegsernährung.

Mit Ernährungsversuchen am Augusta-Hospital der Stadt Köln.

Von

Prof. Dr. **E. Küster**, Festungshygieniker

und

H. Wolff, physiol. Chemiker a. Institut.

„Von allen Nahrungsstoffen bietet das Eiweiß insofern Interesse, als dasselbe, wie die Erfahrungen übereinstimmend lehren, in der Kost bis zu einem gewissen Grade unersetzlich ist," dieser Ausspruch Rubners[1]) begegnet uns heute in den verschiedensten Abänderungen überall dort, wo die Frage der Ernährung im allgemeinen und des Eiweißbedarfs im besonderen behandelt wird; dabei hat die Wendung: „bis zu einem gewissen Grade unersetzlich" offenbar allmählich die Bedeutung angenommen: das Eiweiß ist der wichtigste Teil unserer Nahrung und folglich je mehr Eiweiß diese enthält, desto besser dient sie der Ernährung unseres Körpers; gar nicht selten folgen dann Ausführungen wie: Eiweiß ist Kraft, es stärkt den Organismus; reichliche Fleischnahrung ist ein Zeichen des Wohlstandes; der Fleischverbrauch ist der Maßstab für die Kultur eines Volkes (Anlehnung an den bekannten Ausspruch v. Liebigs von der Bedeutung der Seife) usw.

Während in Friedenszeiten der Eiweißbedarf der Bevölkerung fast allenthalben reichlich gedeckt war und darum Untersuchungen und Erörterungen über seine Höhe nur von Fachleuten angestellt wurden, fühlen sich bei der heutigen allgemeinen Einschränkung der Eiweißnahrungsmittel Laien und Wissenschaftler der verschiedensten Kreise berufen, in Fragen der Eiweißernährung ein Urteil abzugeben: Die Verminderung der Eiweißnahrung ist Unterernährung, so lautet die Ansicht nicht nur in der breiten Masse, sondern leider auch bei vielen Gebildeten. Wie schlecht es dabei mit den Kenntnissen über Ernährungshygiene im allgemeinen bestellt ist und wie wenig die Fortschritte der Ernährungsphysiologie Verbreitung gefunden haben, beweisen so manche Veröffentlichungen in wissenschaftlichen und Tages-Zeitschriften. Mit dem Begriff *„Unterernährung"* wird geradezu Unfug getrieben und dieser ist sicherlich nicht dazu angetan, das Durchhalten zu erleichtern.

Seit Jahren ist man bestrebt, dahin aufklärend zu wirken, wie reichlich hoch das von Voit aufgestellte Eiweißkostmaß von 118 g Eiweiß (für gemischte Kost unter Einschluß reichlicher Brotmengen) bemessen ist. Caspari, Chittenden, Hamarsten, Hindhede, Hirschfeld, Klemperer, Kumajawa, Neumann, Peschel, Rubner, Schittenhelm, Siven, Umber u. a. haben nachgewiesen, daß man mit sehr viel weniger Eiweiß auskommen kann, ohne daß irgendwelche Ernährungsstörungen in Erscheinung treten; auch eigene frühere Versuche[1]) zeigen, daß eine Zufuhr von 45—60 g Eiweiß in der Tagesernährung bei entsprechender Beinahrung ausreichen kann.

Die derzeitige Rationierung gewährt uns etwa 28—30 g Eiweiß pro Kopf und Tag. Wir verzehren somit augenblicklich etwa ein Viertel der Voitschen Norm und sind hiermit bei einem Eiweißverbrauch angelangt, den sich selbst Hindhede für die Gesamternährung nicht gewünscht hat: Millionen sind somit heute an einem praktischen Ernährungsversuch beteiligt, an den sich bisher der Wissenschaftler bei dem einzelnen nur selten herangewagt hat; es ist fast das früher von Schittenhelm experimentell erzielte kleinste Eiweißminimum (21,5 g) in der Massenernährung erreicht[2]).

Unsere oben erwähnten Arbeiten brachten bereits kurz die chronologische Entwicklung der Eiweißbedarfslehre bis zu den Forschungen Hindhedes. Sie zeigten, daß trotz der Beweise, mit wie wenig Eiweiß man auskommen kann, die Nutzanwendung in der Küche ausblieb und geradezu mit einer Eiweißmast weiter gewirtschaftet wurde, solange die Mög-

[1]) Lehrb. d. Hyg. 1907. S. 481.

[1]) Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 37 u. 38.

[2]) Wir machen dabei allerdings die Voraussetzung, daß die Bevölkerung ohne wesentlichen Zukauf von eiweißreicher Nahrung lebt, eine Voraussetzung, die doch für die wirklich arme Bevölkerung angenommen werden muß.

lichkeit freier Ernährung bestand. Die bisherige Doktorfrage des Eiweißminimums ist Tagesfrage geworden.

Vorträge über die Physiologie des Eiweißminimums und dgl. sind in den verschiedensten Vereinen gehalten worden und die Fachzeitschriften bringen in ihren Abhandlungen über die Ernährungsfrage in der Mehrzahl solche, die sich mit dem Eiweißbedarf und der uns zugeteilten Eiweißmenge befassen.

Aber selbst dem Arzte, wenn er nicht Fachmann ist, dürfte es heute kaum möglich sein, die wissenschaftliche Eiweißliteratur zu verfolgen. Wir fassen daher das Wichtigste über den augenblicklichen Stand der Eiweißernährung hier noch einmal kurz zusammen.

Unter *Eiweißminimum* haben wir diejenige Menge an Eiweiß zu verstehen, die zur Aufrechterhaltung des natürlichen Körpereiweißumsatzes erforderlich ist; es verhindert, daß eigenes Körpereiweiß ohne parallel laufenden Ersatz verbraucht wird, stellt also die Eiweißmenge dar, welche ständig zur Zellneubildung, zum Zellersatz und zur Zusammensetzung der Verdauungssäfte und Sekrete vorhanden sein muß. Die wichtigste Eigenschaft des Eiweißminimums ist die Anpassungsfähigkeit an die wechselnden Bedürfnisse des Organismus. Es ist darum unmöglich, feststehende Zahlen für das Eiweißminimum anzugeben. Ein individueller Eiweißschwellenwert in der Nahrung darf nicht unterschritten werden. Über diesem stellt sich der Körper auf Grund seines allgemeinen Ernährungszustandes auf ein bestimmtes Eiweißminimum ein, und zwar auf seinen kleinsten Bedarf, ohne daß eine physiologische Schädigung eintritt (Hammarsten). Die Arbeiten der früher genannten Autoren zeigen, mit welch geringen Eiweißmengen der menschliche Organismus lange Zeit aushalten kann, ohne in das Stadium der „Eiweißunterernährung" zu gelangen. Wir müssen daher den Begriff „Unterernährung" dahin festlegen, daß nur Überschreitung des Eiweißminimums und somit Inanspruchnahme tätigen Eiweißes und Zugrundegehen der zur Erhaltung lebensnotwendigen Körperzellen als Unterernährung bezeichnet werden darf.

Jede *Unterernährung* muß mit den Erscheinungen eines, wenn auch geringen toxischen Eiweißzerfalls verbunden sein. Derartige Erscheinungen konnten wir bisher bei unseren dahingehenden Untersuchungen in 1½ Jahren nicht beobachten. Weder klinisch noch physiologisch-chemisch wurden Symptome nachgewiesen, die etwa der diabetischen Azidosis gleichzusetzen wären; auch in der Literatur finden wir keine diesbezüglichen bestimmte Angaben. Ebenso zeigen die neueren Untersuchungen aus der Friedr. v. Müllerschen Klinik, München, über Entstehung der *Ödemkrankheit*, daß dieselbe nicht durch derzeitige Eiweißunterernährung, sondern durch zu geringe Kalorienzufuhr im allgemeinen (Fettmangel) bedingt ist (Münchn. med. Woch. 1918).

Während das Voitsche Eiweißkostmaß, auf Kilogramm umgerechnet, 1,7 beträgt, und das heutige Eiweißminimum allgemein mit 0,4—0,6 angenommen wird, bezeichnet v. Noorden als Schwellenwert (unterste Grenze) 0,6 g resorbierbares Eiweiß pro Kilogramm und Tag (42 g für 70 kg) [1].

Auch noch im Juli 1915 stellt er für den täglichen Eiweißbedarf folgende Zahlenreihen auf: *Physiologisches Eiweißminimum* (Mindestmaß an Eiweißbedarf) beim Erwachsenen je nach Eiweißart und je nach Art und Menge der Beikost 30—40 g; *zweckmäßiges Eiweißminimum für die Gesamtbevölkerung* 65 g; zweckmäßiges Eiweißminimum für die *Erwachsenen* 70—80 g; *wünschenswerter Eiweißverzehr für die Gesamtbevölkerung* 100 g. v. Noorden geht demnach in seinen „zweckmäßigen" und „wünschenswerten" Forderungen weit über „Minimum" und „Bedarf" hinaus.

Trotzdem kommt er zu dem Schluß, daß vorübergehendes wochen- und monate-, vielleicht auch jahrelanges Herabsinken des Eiweißverbrauches unter das zweckmäßige Minimum oder gar eine Annäherung an das physiologische Minimum ohne dauernde Schädigung und Nachteil vertragen wird.

Die Zufuhr von Fett und Kohlehydrat wirkt einschränkend auf den Eiweißverbrauch, d. h. der Körperbedarf an Eiweiß ist abhängig von der gleichzeitigen Aufnahme der stickstofffreien Substanz. Erhöhte Zufuhr von Kohlehydratnahrung schützt das Zelleiweiß vor dem Zerfall auch bei Überschreitung des Eiweißminimums, bzw. schiebt den Eintritt des toxischen Eiweißzerfalls hinaus. Der Organismus besitzt kein zeitweises, aus dem Umsatz ausgeschaltetes, also gewissermaßen totes Depot an Eiweiß, während für Fett und Kohlelhydrate derartige Ansammlungen bestehen. Die als „Minimum" anzusprechende Eiweißmenge geht als lebendes Eiweiß in die tätigen Zellen bzw. in den Säftestrom über. Jede gesteigerte Eiweißzufuhr hat deshalb beim Erwachsenen zunächst eine Steigerung der Eiweißzersetzung zur Folge. Ein kleiner Teil, dessen Größe von dem allgemeinen Ernährungszustand — bei abgemagertem Organismus mehr als beim wohlgenährten — von der Art und Menge der Nebenkost an Kohlehydrat und Fett und besonders auch von der Körpertätigkeit — Muskelübungen — abhängig ist, kommt zur Organisation. Hiermit vergrößert sich der Eiweißbestand und Eiweißumsatz des Körpers und damit wächst die Anforderung an das Eiweißminimum. Nach oben und unten stellt sich somit der Körper in Grenzen, die durch innere und äußere Verhältnisse gezogen sind, auf die Eiweißzufuhr ein.

Ein Maßstab für die Größe des Eiweißumsatzes bei Friedensernährung ist die Ausscheidung von täglich 25—32 g Harnstoff beim Erwachsenen. Diese Harnstoffmenge entspricht etwa 90 g zersetzten Eiweißes. Wir nahmen also in Friedenszeiten brutto etwa 100 g Eiweiß auf, während wir 50 g brutto auf Grund längst bekannter Laboratoriumsversuche und der Kriegserfahrungen bei der Massenernährung benötigten. Während das Fett unserer Nahrung fast vollständig im Körper ausgenützt wird, gehen von den Kohlehydraten 40—60 Proz., vom Eiweiß gar bis zu 80 Proz. reine Kalorien verloren, da nicht voll zersetzte Abbauprodukte als Schlacken zur Ausscheidung kommen. v. Pirquet vergleicht die übermäßige Eiweißzufuhr dem Einheizen mit kostbarem Bauholz an Stelle gewöhnlichen Brennstoffes.

Von Wichtigkeit für den Aufbau des Zelleiweißes ist die mannigfache Bildungsmöglichkeit des arteigenen Eiweißes aus verschiedenen Bausteinen (Emil Fischer, Abderhalden und ihre Schüler). Die Fähigkeit der Eiweißbausteine, z. B. Aminosäuren, sich untereinander verschiedenartig zu verbinden und so für jede Zelle arteigene besondere lebendige Formen zu bilden, geht ins Unabsehbare. Es sind Aminosäureketten, die auch kohlehydrat- und aromatische Radikale, sowie den Fettsäuren verwandte Reihen einschließen und gerade dadurch ihre wichtige Rolle für den Gesamtstoffwechsel kennzeichnen. Unter diesen Gesichtspunkten ist die Entstehungsmöglichkeit für das zum Minimum erforderliche Eiweiß gar mannigfach, und um so mehr vermag unsere heutige Kost den Eiweißbedarf zu decken, so daß eine Gefahr physiologischer Unterernährung (nur in diesem Zusammenhang soll man mit dem Begriffe „Unterernährung" umgehen!) nicht vorhanden ist.

Auch abgesehen von Eiweiß, Fett und Kohlehydrat bestehen in der Zusammensetzung der Kriegsnahrung

[1] Grundriß einer Methodik für Stoffwechseluntersuchungen. Berlin 1892.

keine grundsätzlichen Bedenken, insonderheit auch mit Rücksicht darauf, daß die zu den Eiweißkörpern gehörenden lebensnotwendigen Vitamine hinreichend vertreten sind. Übereinstimmend geht diesbezüglich die Stellungnahme[1]) dahin, daß die als Folge der Kriegskost anfänglich gefürchteten Ernährungsstörungen, wie sie das Fehlen der Vitamine hervorruft (skorbutartige Erkrankungen), bisher nicht beobachtet werden.

In einer Reihe von Mitteilungen in der Berl. klin. Woch. gibt Lichtwitz Tabellen über den Stand der Eiweißernährung in den verschiedensten Volksschichten von September 1916 bis April 1917. Sie zeigen ein ständiges Sinken der Eiweißaufnahme, ohne daß der Gesundheitszustand wesentlich beeinflußt wird. Dieses Massenexperiment hat die Laboratoriumsversuche am Einzelnen ebenso wie die Gruppenuntersuchungen Chittendens und Hindhedes gerechtfertigt. Auch Rubner hat diesen Tatsachen wiederholt Rechnung getragen.

Schlesinger (Münchn. med. Woch. Nov. 1917) hatte bei Untersuchungen über den Einfluß der Kriegskost auf Entwicklung und Ernährung im zweiten Kriegsjahr festgestellt, daß eine geringe Verschlechterung der allgemeinen Entwicklung und leichte zahlenmäßige Zunahme von mangelhaft entwickelten Knaben vorhanden war: Zurückbleiben des Körpergewichts deutlich feststellbar, aber keine Verminderung des Längenwachstums. Bei Untersuchungen im dritten Kriegsjahr an minderbemittelten Volksschülern, Mittelschülern des unteren Mittelstandes, armen Hilfsschülern, sowie Fortbildungsschülern und Lehrlingen aus allen Berufen wurden durchgehends kleinere Längenzahlen ermittelt als früher. Auch das Körpergewicht ergab zunehmendes Zurückbleiben entsprechend dem Längenwachstum, besonders im Sommer 1917. Der Verlust wurde im Herbst 1917 wieder ausgeglichen. Der allgemeine Entwicklungszustand ließ eine Verschlechterung deutlich erkennen: „Dabei sehen die Kinder im allgemeinen noch immer so frisch aus wie früher und sind ebenso lebenslustig und leistungsfähig.“ Man kann aus diesen Angaben allenfalls auf eine Verschlechterung des allgemeinen Ernährungszustandes, die ja bei der zweifellosen Verschlechterung unserer Nahrung auch selbstverständlich ist, aber sicherlich nicht auf eine Unterernährung im physiologischen Sinn schließen.

In einem Aufsatz: „Ernährung, Sterblichkeit und Statistik“ der Monatsschrift Natur und Gesellschaft, schreiben Lange und Dietze: „Es ist in Wahrheit nicht so sehr das katexochen gepriesene Eiweiß des tierischen Fleisches, was uns fehlt, sondern das Fett, dasjenige tierischer Herkunft vor allem. Streiten wir uns künftig also nicht mehr darum, ob vegetarisch oder animalisch, sondern untersuchen wir, warum gerade das Fett ein so unersetzlicher Nährstoff für den physiologischen Ernährungsprozeß ist. Man hat ja auch hierüber nicht erst in den zwei letzten Jahren nachgedacht, die Wissenschaft ist, wenn auch noch jung, doch etliche Jahre älter. An irgendeiner Stelle, bei irgendeiner Gelegenheit, hat Rubner im Verlaufe der Kriegszeit, als die Not im Volke immer größer ward, geäußert, daß die Ernährung im positiven Sinn das tierische Körperwachstum nicht beeinflusse; vielmehr lasse sich nur im rein negativen Sinne der Beweis führen, und zwar mit dem Erfolge, daß die mit dem Zellplasma begründete Anlage, in welcher eben die Erblichkeit der Konstitution beruht, unveränderlich sei und nur die Erhaltung des Lebens durch die Ernährung ermöglicht werde.“

Ein gewisser innerer Widerspruch findet sich in der Schrift von Arnold über „Ernährung im Kriege“ (J. F. Bergmann, Wiesbaden; Vortrag gehalten vor den Offizieren der Garnison Wiesbaden). Während an Hand statistischen Zahlenmaterials über Aus- und Einfuhr, Erzeugung und Verbrauch, Gesundheitszustand und Kindersterblichkeit usw. eingangs ein unvermeidlich baldiger Untergang an die Wand gemalt wird, heißt es später: „Die Lebensmittelknappheit im allgemeinen, sowie die mit dem Fleischmangel einhergehende Eiweißknappheit im besonderen haben jedoch bisher unsere Volksgesundheit nicht zu schädigen vermocht. Das lehren uns die Untersuchungen über den Gesundheitszustand der Schulkinder in verschiedenen Bezirken, sowie die überaus günstigen Ziffern der allgemeinen und der Kindersterblichkeit.“

„Trotz alledem können und dürfen wir aber von Hungersnot nicht sprechen, da ja, wie wir bereits oben gesehen haben, der Mangel an Fett in der Nahrung bei der Mehrzahl der Menschen jederzeit durch entsprechende Zulagen von Kohlehydraten in der Form von Brot, Kartoffeln, Zucker und auch Gemüse ausgeglichen werden kann, ohne dadurch die Gesundheit irgendwie zu schädigen oder die Leistungsfähigkeit zu beeinträchtigen.“

Während von verschiedenen Autoren nachgewiesen wird, daß Eiweißarmut auf die Entwicklung der Frucht und der Neugeborenen einen nachteiligen Einfluß nicht ausübt, hat Grumme-Fohrde (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 34) einen Rückgang der Fortpflanzungsfähigkeit (bei Tieren) gesehen. Nach den Zusammenstellungen der meisten geburtshilflichen Kliniken blieb das Durchschnittsgewicht der Neugeborenen bisher unverändert; der Rückgang der Geburtenziffer überhaupt ist sicherlich in erster Linie auf äußere Umstände zurückzuführen.

Daß andererseits mit der Verminderung der Eiweißnahrung die Häufigkeit von Störungen des Purinstoffwechsels und die harnsauren Diathesen zurückgehen mußten, ist ohne weiteres verständlich. Die gichtischen Krankheitserscheinungen sind im Laufe des letzten Jahres aufallend selten geworden und allgemein wird ein Schwinden der Tophi beobachtet.

Von zur Zeit noch nicht übersehbarer Bedeutung sind die Beobachtungen bei zwei Krankheitsbildern: der Eklampsie und dem Diabetes mellitus.

v. Jaschke (Zentralbl. f. Gyn. 1917, Nr. 11) nimmt an, daß infolge der Herabsetzung der Eiweißzufuhr auf die ein wenig über den Erhaltungsbedarf liegende Norm und die gleichzeitige Fetteinschränkung die *Eklampsiegifte*, die wahrscheinlich in Aminosäuren bestehen, nicht gebildet werden konnten. Eine gewisse Bestätigung findet diese Ansicht darin, daß vielfach im letzten Jahre eine Abnahme der eklamptischen Erscheinungen hervorgehoben wird. Der pathologischen Chemie eröffnet sich hierdurch ein neues Arbeitsgebiet: Die Erforschung der toxischen Stoffe im Kreislauf, die aus dem Zirkulieren überschüssiger Eiweißstoffe entstehen. Daß diese im Blute der Schwangeren sehr wahrscheinlich Amine sind, betonen auch Hüssy und Uhlmann in ihren jüngsten Untersuchungen über Schwangerschaftstoxikose[1]).

Bezüglich des Einflusses der eiweißarmen Ernährung auf den Verlauf und die Toleranz bei *Diabetes mellitus* hatten wir bereits früher hervorgehoben, daß eine gärungskräftige Darmflora die Ausnützung der Kohlehydrate beträchtlich steigert. Die von v. Noorden dem Hafermehl zugesprochene spezifische Wirkung wurde von Baer und Blum dahin erkannt, daß die Gärungen und die damit zusammenhängende Überführung der Kohlehydrate in eine dem Zucker nahestehende Oxydationsstufe die Ursache der besseren Ausnützung seien. In der Berl. klin. Woch. 1916.

[1]) Abderhalden auf der Tagung für kriegswirtschaftliche Aufklärung in Dresden.

[1]) Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 4.

Nr. 37/38 wiesen wir darauf hin, daß man an Stelle der v. Noordenschen Hafertage billiger und mit großer Toleranzerhöhung Trockenkartoffeltage (bis 1000 g = 10 Pfund Frischkartoffel) bei Diabetikern durchführen kann; hierbei konnten wir eine charakteristische ursächliche Veränderung der Darmflora beobachten. Die erwünschte Verbesserung der Kohlehydratresorption bei Diabetikern tritt erst nach mehreren Kohlehydrattagen ein, d. h. erst wenn kohlehydratumsetzende Bakterien im Überschuß aufgetreten sind, kann eine dem diabetischen Organismus zuträgliche Vorstufe geschaffen werden. Wir können somit auch das anfängliche Steigen des Zuckers bei der v. Noordenschen Haferkur erklären. Ein Bild für das Verhalten der Darmbakterien bei verschiedener Kost mögen folgende Zahlen geben:

Bei gemischter Kost des Augusta-Hospitals (mit 85—105 g Eiweiß pro die) wurden 210 g frische Fäzes mit 38 g Trockensubstanz ausgeschieden. Die Bakterien in der Trockensubstanz betrugen, nach Straßburger bestimmt, 18,2 g. Die Zahl der verflüssigenden Keime war 16 Millionen, die Zahl der nichtverflüssigenden 18 Millionen im Kubikzentimeter frischer Fäzes. Nach 3 Tagen, bei täglicher Verabreichung von 500 g Trockenkartoffel (Eiweißgehalt der Nahrung zwischen 45 und 58 g) betrug das Gewicht der frischen Fäzes 240 g, die Trockensubstanz 54 g, das Gewicht der Bakterien 13,2 g. Die Zahl der verflüssigenden Keime betrug 4 Millionen, die der nichtverflüssigenden 15,5 Millionen (Mittelzahlen aus 9 Versuchen!), also eine ausgesprochene Vermehrung der nichtpeptonisierenden Keime bei gleichzeitigem Sinken der Gesamtkeimmenge! Die Verhältnisse bei Diabetikern und Nichtdiabetikern bez. Beeinflussung der Darmflora durch kohlehydratreiche Kost wichen unbedeutend voneinander ab.

Unsere günstigen Laboratoriumserfahrungen an Diabetikern sahen wir in der spezialärztlichen Praxis bestätigt. Bereits im Somer 1916, zu einer Zeit, in der schon eine erhebliche Einschränkung der Fleischkost eingetreten war, konnte man bei den zahlreichen Diabetikern in Neuenahr eine wesentliche Toleranzerhöhung feststellen. Die Herabsetzung des Fleisches kann am besten bemessen werden an dem Ausfall eines Fleischganges beim Mittagessen bei gleichzeitiger Verkleinerung der Fleischmenge überhaupt. Kartoffeln wurden damals schon in verhältnismäßig großer Menge genossen. Im Jahre 1917 waren die Fleischportionen noch stärker herabgesetzt, ferner waren die sogenannten Fleischzulagen, Aufschnitt usw., kaum mehr im Gebrauch. Die Kohlehydrataufnahme der Zuckerkranken in den Hotels in Neuenahr betrug im Sommer 1917 die 10—12fache Menge gegenüber den früheren Jahren. Ergebnis: niedrigster Zuckersatz, keine Azidosis. Fälle mit komatösem Ausgang sind uns nicht bekannt geworden. Auch die sog. mageren, schweren Diabetiker verloren, sobald man sie von ihrer stark enthaltsamen Diät abbrachte, schnell ihre Azidosis, die Toleranz steigerte sich innerhalb weniger Tage und gute, bisher unbekannte Gewichtszunahme wurde erzielt. Bei einigen Fällen von ungünstigem Verlauf (hartnäckige Glykosurie) wurde festgestellt, daß diese Patienten gegen Bezahlung doppelte bis dreifache Fleischmengen erhalten hatten, außerdem mehrere Eier am Tage verzehrten (einer bereits 3 zum Frühstück), oder auch im Besitz mitgebrachter Fleischvorräte waren.

Unsere Kriegsernährung, die im wesentlichen durch die Vermehrung des Kohlehydratanteils und Verringerung des Eiweißes in der Nahrung charakterisiert ist, hat demnach verschiedene Stoffwechselkrankheiten entschieden günstig beeinflußt. Experimentell konnten wir dartun, daß die Kriegsernährung durch ihren starken Kohlehydratgehalt die Zahl der nichtpeptonisierenden Bakterien in der Darmflora stark erhöht, die der peptonisierenden Bakterien aber vermindert, und daß insbesondere bei dem Diabetes erst mit dieser Änderung der Darmflora die erwünschte Ausnützung der Kohlehydratnahrung eintrat; es ist deshalb der Schluß naheliegend, daß unter den Keimen unseres Intestinaltraktus die nichtpeptonisierenden die nützlicheren und erstrebenswerteren sind. Unsere bisherige eiweißreiche, vielfach an Eiweißmast grenzende Ernährung ließ die physiologisch wünschenswerte Zusammensetzung der Darmflora nicht aufkommen.

Therapeutisch hatte man bereits versucht, durch Verabreichung von Hefe die Darmflora so zu beeinflussen, daß durch Überwucherung der peptonisierenden Keime mit Hefe eine für die Kohlehydratspaltung günstige Basis geschaffen wurde. Uns standen die Fermozyltabletten von Vial und Uhlmann zur Verfügung. Diese Tabletten bestehen aus einer besonderen gärkräftigen Heferasse, der noch Pankreasferment beigemischt ist. Wir konnten (drei Versuchspatienten in verschiedenen Stadien) bei Darreichung von Fermozyl (bis 12 Tabletten täglich) eine wesentliche Toleranzsteigerung beobachten. Besonders bemerkenswert hierbei ist, daß bei gleichzeitiger Steigerung der Eiweißzufuhr eine Vermehrung der Hyperglykämie und Glykosurie nicht eintrat. Die Fermozyltabletten dürften also neben allgemeiner Anwendung bei Diabetes mellitus besonders angebracht sein, wenn durch übermäßigen Fleischgenuß unter Bedrohung der für den Diabetiker nützlichen, nichtpeptonisierenden Darmflora die therapeutischen Erfolge in Frage gestellt werden.

Über die günstige Einwirkung der Kriegsernährung auf den Diabetes mellitus berichtet auch Feilchenfeld. Seine Annahme, daß Entfettung der diabetogenen Organe (Leber und Pankreas) deren funktionelle Fähigkeiten wesentlich steigere, verdient Beachtung.

Die Eiweißknappheit gab Veranlassung, daß eine große Reihe von bisher wohl bekannten, aber wenig gebräuchlichen oder neu hergestellten Ersatzpräparaten als Eiweißnahrung empfohlen wurden. Aus der großen Zahl derselben erschienen uns drei einer besonderen Nachuntersuchung würdig, da sie nach den bisher vorliegenden Befunden als brauchbare Eiweißnahrung oder Eiweißsparnahrung anzusprechen waren: *Nährhefe*, *Pilze* und *Gelatine*.

Die *Nährhefe* wurde von Städten und Gewerkschaften in großen Mengen angekauft, um das „eiweißbedürftige" Volk vor „Unterernährung" zu schützen.

In der bisherigen Nährhefeliteratur stehen sich zwei Hauptrichtungen gegenüber: die eine empfiehlt die Hefe als wohlschmeckend und das Körpergewicht vermehrend, ohne besondere ernährungsphysiologische Versuche, die andere lehnt sie ab wegen des schlechten Geschmacks, der schlechten Ausnützung, des hohen Gehalts an schädlichen Purinen und Nukleinen und auf Grund der analytischen Feststellungen.

Die oft gerühmte hellweiße, geruch- und geschmacklose Hefe, von der viele Tage hintereinander 100 g ohne Widerwillen gegessen werden konnten, haben wir nie erhalten können. Auch auf Rundfragen in weitesten Kreisen erfuhren wir, daß eine

[1]) Die von v. Noorden empfohlene und sehr häufig angewandte Haferkur, die aus einer Reihe von Gemüse- und Hafertagen besteht, beruht unseres Erachtens ebenfalls auf der Wirkung einer durch Verminderung peptonisierender Keime charakterisierten Darmflora. Die ehemals angenommene „spezifische Wirkung" der Haferstärke ist bereits von zahlreichen Autoren (Falta, Strauß, Naunyn, Magnus-Levy u. a.) zurückgewiesen worden. Auch Weizen, Linsen, Gerste, Grünkern, Reismehl usw. dürften dieselbe Aufgabe erfüllen, wenn die Darmflora im Sinne unserer obigen Ausführung eingestellt wird.

solche Hefe nicht käuflich war. Es ist sehr wohl möglich, daß günstige experimentelle Versuche sich durch zufällig zur Verfügung stehende besondere Hefepräparate erklären.

Die hier in Köln untersuchte Hefe war die von der Stadt in Pappdeckelpackung in den Handel gebrachte. Sie stellte ein gelbbraunes, leichtklebriges Pulver dar und hatte einen etwas bitteren, an Hopfen erinnernden Geruch. Das Hefepulver enthielt Gesamtstickstoffsubstanz 68,3% der Trockensubstanz. Nach Stutzer untersucht waren von diesen 48,2% Protein unverdaulich [1]). Der Gesamtstickstoff enthielt (Mittelzahl aus drei Versuchen):

Peptone und Aminosäure	10,4%
Nukleine	21,3%

Im Stoffwechselversuch wurde nach Einstellung der Versuchspersonen bei allgemeiner Kost ein Teil des Nahrungsstickstoffes durch Hefestickstoff ersetzt. Wir geben die Versuche im Auszug wieder:

Drei Vorversuchstage. Am dritten Tage vor Beginn der Hefedarreichung schied die Versuchsperson an Stickstoff aus: im Harn 11,8 g, in den Fäzes 1,2 g. Eingenommen wurde 13,6 g N = 85,4 g N-Substanz. Der Ansatz betrug somit + 0,6 g N.

Harnmenge	1600 ccm
Farbe	hellgelb, klar
Reaktion	sauer
Azidität	2,3 g HCl
Spez. Gewicht	1,017
Keine pathologischen Bestandteile.	
Aminosäure	neg.
N	0,41 g
Harnsäure	0,46 g pro Mille

Erster Versuchstag: 50 g Nährhefe als Ersatz eines gleichen N-Anteils der N-Substanz der Nahrung.

Harnmenge	2000 ccm
Farbe	hellgelb, klar
Reaktion	sauer
Azidität	3,4 g HCl
Spez. Gewicht	1,021
Keine pathologischen Bestandteile.	
Gesamt-N	12,7 g
Amiosäure-N	0,54 g
Harnsäure	0,77 g pro Mille
Stickstoffeinnahme	13,3 g = 83,6 g N-Substanz
N in den Fäzes	1,9 g
N-Defizit	1,3 g

Zweiter Versuchstag: 100 g Nährhefe als Ersatz eines Teiles der N-Substanz der Nahrung.

Harnmenge	2100 ccm
Farbe	hellgelb, klar
Reaktion	sauer
Azidität	3,8 g HCl
Spez. Gewicht	1,023
Keine pathologischen Bestandteile.	
Gesamt-N	12,2 g
Amiosäure-N	0,55 g
Harnsäure	0,94 g pro Mille
N in den Fäzes	2,2 g
Stickstoffeinnahme	13,8 g = 86,7 g N-Substanz
N-Defizit	1,6 g

An den beiden folgenden Tagen erhielt die Versuchsperson weiter je 100 g Nährhefe. Nur durch energisches Zureden gelang es, den Widerstand des Patienten gegen die Hefenahrung noch an diesen beiden Tagen zu überwinden. Das N-Defizit stieg bis zu 2,8 g p. d., die Harnsäure bis 1,34 pro Mille. Der Patient wog zu Beginn des Hefeversuchs 74½ kg, am Morgen nach dem vierten Hefetage 72 kg. Während der 100 g-Tage war mehr Stickstoff in der Nahrung enthalten, als bei gemischter Kost der Vorversuchstage. Zwei weitere Versuche an anderen Patienten, die den gleichen Bedingungen unterworfen waren, bestätigten unter Berücksichtigung individueller Schwankungen obige Befunde.

Diese Zahlen sprechen für die verhältnismäßig schlechte Ausnützung des Hefestickstoffes. Von Interesse ist das Ansteigen der Harnazidität, besonders wenn wir unsere späteren Versuche mit Pilzen zum Vergleich heranziehen. Der Schwerpunkt für die Beurteilung, d. i. allgemeine Ablehnung der Hefe, liegt nun nicht in der ja meist nicht erkannten schlechten Ausnützung, sondern darin, daß sie schon in kleinen Mengen, geschweige denn in ernährungsphysiologisch bewertbaren Mengen der Nahrung zugesetzt, einen den meisten Menschen widerwärtigen Geschmack verleiht. Unsere eingeweihten Versuchspersonen streikten nach 2 Tagen. Unvoreingenommene Militärpersonen wiesen die Hefesuppen zuweilen schon des Geruches wegen, wiederholt nach dem ersten Löffel zurück, obwohl unsere Küchenschwester die einzubringende Hefe vorzüglich zu verdecken wußte.

Das Institut für Gärungsgewerbe und Stärkefabrikation in Berlin empfiehlt in seinen Werbeschriften die Hefe als billiges Volks- und Gefangenennahrungsmittel und ganz besonders als Ersatz für Fleisch; die Hefe sei wohlschmeckend und geeignet zur Herstellung zahlreicher Speisen, besonders für Suppen, Tunken und Gemüse, wobei sie einen fleischähnlichen Geschmack bedinge. In dem vorliegenden Prospekt heißt es wörtlich: „Die Zusammensetzung der Hefe ist derjenigen des Fleisches ähnlich. Ihre Eiweißstoffe insbesondere entsprechen nicht denjenigen der anderen pflanzlichen Nahrungsmittel, sondern denjenigen des Fleisches. Im Geschmack steht sie dem Fleisch nahe und ist wie dieses nicht nur ein Nahrungs-, sondern auch ein Anregemittel. Die Hefe ist darum ein Fleischersatz. Sie ist Pflanzenfleisch [1])."

Ferner heißt es in dem „Prospekt": „Hefe ist billiger als Fleisch." Beim Preise von 5 Mk. für 1 kg Nährhefe und 2 Mk. für 1 kg mittelfettes Fleisch erhält man für 1 Mk. an Nährhefe 904 Kalorien, an Rindfleisch 685 Kalorien.

Bei unseren Versuchen gaben wir im Durchschnitt 50—60 g Eiweiß. Würde davon die Hälfte durch Hefe ersetzt, so entspräche das 30—50 g der von uns untersuchten Hefe. Nach dem Kochbuch der obengenannten Gesellschaft entfallen höchstens 10 g Hefe mit etwa 5,6 g Eiweiß auf die Speise für eine Person also bei einer Annahme von 2 Gerichten pro Tag 20 g Hefe und 11,2 g Eiweiß. Nun enthält das Kochbuch auf einem besonderen roten Zettel noch folgende Bemerkung: „Vorschrift für sparsame Verwendung der Nährhefe". Darin heißt es: „Die in vorliegendem Heft zusammengestellten Kochvorschriften verfolgen den Zweck, Fleisch vollständig oder zum großen Teil durch Nährhefe zu ersetzen. Aus diesem Grunde sind die *größtmöglichsten* Mengen Nährhefemengen zur Verwendung gelangt. Es sei darauf hingewiesen, daß bereits bei weit sparsamerem Gebrauch Speisen von hohem Nährwert und Wohlgeschmack hergestellt werden können. Es wird daher empfohlen, bei der Benutzung der Kochrezepte zunächst nur den vierten Teil der dort angegebenen Mengen zu verwenden." Sonach wäre jedem Gericht 1,5 g Eiweiß, und diese

[1]) Die häufiger angegebenen Ausnützungszahlen des Hefeeiweißes bis zu 70% beziehen sich auf Gesamtstickstoffsubstanz. Die Zahl kann aber für die physiologische Ausnützuzng praktisch nicht herangezogen werden, weil ja nur die Protein- und Aminosäuren dem Stoffwechsel zugute kommen, die anderen Anteile aber unausgenützt in Schlackensubstanz übergehen.

[1]) Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 13.

entsprechen ungefähr 5,0—7,0 g gekochtem Rindfleisch, zuzusetzen.

Geht man nach den ersten Vorschriften des Kochbuches vor, bei denen man einen ansehnlichen Stickstoffwert zu sich nimmt, so muß man 20—30 g Hefe verzehren. Nach unseren Erfahrungen können solche Mengen nicht genossen werden. Neben dem Geschmack tritt bereits bei Verwendung von 20 g ein unangenehmer, bitterer Geruch auf. Berücksichtigt man die schlechte Ausnützbarkeit der Hefe nicht und will sie als Nährmittel einführen, so muß ein möglichst geruchfreies, entbittertes und heller gefärbtes Präparat geschaffen werden. Bei den Kalorienangaben ist jedoch zu berücksichtigen, daß diese technisch ermittelten Kalorien bei der Verdauung der Hefe tatsächlich nicht zur Geltung kommen; die Gegenüberstellung des Nährgeldwertes von Hefe und Fleisch ist verfehlt, weil man niemals durch Hefegenuß in der Ernährung Werte erzielen kann, wie man sie beim Fleischgenuß leicht erreicht.

Salomon[1]) hebt auch die schädliche Einwirkung der Hefe infolge des Puringehaltes hervor. Er hat bei einer Mehrzufuhr von 100 g Fleisch ein Ansteigen der Harnsäure von 0,09 g beobachtet, bei purinfreier Kost sah er 0,4 g Harnsäure pro Mille, bei der Mehrzufuhr von 100 g Nährhefe 1,2—1,3 g. Das ist für 10 g Nährhefe (ca. 5,5 g Eiweiß) eine Erhöhung von 0,1, also 10 g Hefe geben etwa ebensoviel Harnsäure wie 100 g Fleisch. Unsere Harnsäurebestimmungen bei Hefenahrung decken sich im wesentlichen mit den Erfahrungen Salomons. Die Forderung Salomons, daß gichtkranke Personen nur Brot genießen sollen, das nicht mit Hefe vergoren ist, halten wir für zu weitgehend.

Die übertriebene Wertschätzung der Nährhefe als Nahrungsmittel erklärt sich aus dem Umstand, daß man eine aus dem elementaren Stickstoff berechnete Eiweißsubstanz als Maßstab zugrunde legt. Dem gleichen Irrtum war man schon früher bei der Bewertung der Pilze und Schwämme verfallen. Die ersten Versuche über den Nährwert der Pilze liegen in den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Die Arbeiten von Kohlrausch, Siegel, v. Loesecke, Pahl, Lorinser u. a. heben die Bedeutung der Pilze als Nahrungsmittel wegen ihres großen Eiweißgehaltes hervor. Die Bezeichnung: „zu den der Fleischnahrung nahestehenden Speisen" in der Lorinserschen Arbeit (Wien 1893) erinnert an die Ausdrucksweise, die wir heute im Reklameteil der Presse und auch in Abhandlungen wissenschaftlicher Zeitschriften antreffen.

Löwy und von der Heyde (Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 23) suchten eine bessere Ausnützung von Pilzen (Champignonarten) dadurch zu erzielen, daß sie dieselben erst trocken in Pulverform brachten und dann den Speisen beimengten. Sie erzielten keine Verbesserung der Ausnützung gegenüber der sonst üblichen Zubereitung der Pilze.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der eben genannten und auch zu unseren eigenen, unten beschriebenen Pilzernährungsversuchen, gelangten Schmidt, Klostermann und Scholta zu einer sehr guten Ausnützung des Eiweißes der Pilze. Als Pilzmaterial wurden getrocknete Steinpilze in Form von feinstem Pulver verwandt. Das Gesamtergebnis war, daß bei Gesamtnahrungsmengen, die der Kriegsernährung entsprachen, 89,1%, bei solchen, die der Friedensernährung entsprachen, 79,75%, im Durchschnitt also 85% des Pilzstickstoffs ausgenützt wurden. In 100 g Trockenpilzen fanden sie 26,77, in 100 g Frischpilzen 2,7 g verdauliche Stickstoffsubstanz. Die Ausnützung des Kohlehydratgehalts der Pilze betrug 94,6%; als vorteilhafteste Zubereitung erklären die Autoren: Feines Pulvern, Kochen mit Wasser wie Gemüse, dann mit Fett versetzen und als Suppe oder auch als Zusatz zu Saucen und Gemüsen genießen. Wodurch die günstige Ausnützung in diesen Versuchen erzielt wurde, ob durch die Zubereitung oder infolge der verwandten Pilzart (Steinpilz) bedarf noch der Aufklärung.

Da das Trocknen von Pflanzenteilen erfahrungsgemäß sehr leicht zu einer so hochgradigen Verhärtung führt, daß auch durch Einweichen und Kochen die in den Pflanzenzellen eingeschlossenen Nährstoffe für die Verdauung nicht wieder zugängig und voll ausnutzbar gemacht werden können, gingen wir bei unseren Versuchen über die Ausnützbarkeit von Champignons in der Weise vor, daß wir dieselben frisch gesammelt und gereinigt in einer Mühle bis zu Stückchen von 2—3 mm zerkleinerten und im eigenen Saft einweckten. Die Analyse der 3 Wochen aufbewahrten Pilzvermahlung ergab:

Wassergehalt	89,35 %
Gesamtstickstoff	4,7 „
Aminosäurestickstoff . . .	0,42 „
Ammoniakstickstoff . . .	0,013 „

Gesamtstickstoff der Trockensubstanz etwa 47%.

Die Zahlen decken sich mit den von König als Mittelwerte angegebenen.

Ein künstlicher Verdauungsversuch mit Magensaft nach Stutzers Vorschrift ergab bei unserem Produkt für unverdauliches Protein 37,8%.

Eine Versuchsperson (leichtes Stadium von Tbc.) wurde 2 Tage lang bei gemischter Kost (zweite Form des Augusta-Hospitals) in ihrem Stoffwechsel beobachtet. Der Stickstoff der Nahrung wurde im Gemisch untersucht; die Gegenbestimmung (Ausscheidungsstickstoff) erfolgte in der 24stündigen Harnmenge und dem mit Karmin abgegrenzten Kot.

Der Stickstoffgehalt in der Nahrung des Vorversuchstages betrug 13,2 g Eiweißsubstanz.

Untersuchung des Harns (vom ersten Vorversuchstage):

Menge	2400 ccm
Farbe	hellgelb, klar
Spez. Gewicht	1,019
Azidität	3,26 HCl
Pathologische Bestandteile	nicht vorhanden.
Gesamtstickstoff	12,4 g
Ammoniak	0,56 g p. d.
Amidosäurestickstoff . . .	0,48 g p. d.
Harnsäure	0,426 g p. m.
Gesamtstickstoff in d. Fäzes	1,08 g p. d.

Die Versuchsperson befand sich im Stickstoffgleichgewicht. Harn und Fäzes waren normal zusammengesetzt. Die vom Harn mitgeteilten Zahlen können als Durchschnittswerte bei gemischter Kost bezeichnet werden.

(Während der Versuchstage wurden die Champignons in Suppe, als Gemüse, Salat und Brotaufstrich verabreicht.)

Der zweite Vorversuchstag ergab ein dem ersten entsprechendes Bild. (Erhaltung des Stickstoffgleichgewichts.)

Am ersten Versuchstag wurden von 78,6 g Stickstoffsubstanz der Tagesnahrung 42,1 g durch Champignonstickstoff ersetzt, und von 72,95 g ebenso 41,4 g am zweiten Tag.

---

[1]) Vgl. Rubner: „Pflanzenfleisch gibt es nicht, und außerdem lassen sich aus Hefe küchentechnisch keine fleischähnlichen Gerichte herstellen."

[1]) Über die Stickstoffverhältnisse in Pilzen im allgemeinen finden sich bei König folgende Angaben: Vom Gesamtstickstoff sind Proteinstickstoff 62,8 bis 80,7%; Aminosäurestickstoff 6,1—13,8%; Ammoniakstickstoff 0,18—0,23%. Unverdaulicher Proteinstickstoff 41% (Prozente des Gesamtstickstoffs); unverdaulicher übriger Stickstoff 33%.

Die Harnuntersuchung und Stickstoffbestimmung in den Fäzes ergab folgende Werte:

Menge	2200 ccm
Farbe	gelb, klar
Spez. Gewicht	1,017
Azidität	2,02 HCl
Pathologische Bestandteile nicht vorhanden.	
Gesamtstickstoff	13,6 g
Ammoniak	0,78 g p. d.
Amidosäurestickstoff	0,52 g p. d.
Harnsäure	0,326 g p. m.
Gesamtstickstoff in d. Fäzes	2,08 g p. d.

Die Beschaffenheit des Harns bleibt mit Ausnahme einer geringeren Alkalnität dieselbe, doch kommt die Versuchsperson in ein ausgesprochenes Stickstoffdefizit. Während die Stickstoffzufuhr der des vergangenen Tages entspricht, und die zahlenmäßige Stickstoffsubstanzaufnahme an den Versuchstagen eine durchaus ausreichende ist, hat die Versuchsperson trotzdem Organeiweiß abgebaut. Wir legen diesen Eiweißverlust dem unverdaulichen Stickstoff der verabreichten Champignons zur Last.

Am dritten Versuchstag wurden 89,2 g Stickstoffsubstanz in der Tagesnahrung nur in Form von Champignons gereicht. Die Versuchsperson erhielt nur Brot in geringen Mengen und dazu mit Fett und Gewürzen zubereitete Champignongerichte; es ergaben sich folgende Analysenwerte:

Menge	2400 ccm
Farbe	hellgelb, leicht getrübt
Spez. Gewicht	1,017
Azidität	1,92 HCl
Pathologische Bestandteile nicht vorhanden.	
Gesamtstickstoff	14,08 g
Ammoniak	0,76 g p. d.
Amidosäurestickstoff	0,61 g p. d.
Harnsäure	0,32 g p. m.
Gesamtstickstoff in d. Fäzes	2,32 g p.

Das *erhebliche Stickstoffdefizit* zeigt deutlich die geringe Ausnützung der Eiweißsubstanz in den verabreichten Pilzen. Selbstverständlich deckt sich der Ausnützungskoeffizient nicht voll mit dem in der Analyse gefundenen Wert, da bei natürlichem Stoffwechsel viele Umstände diese Ausnützung beeinflussen können.

Bei dieser Berücksichtigung dürfte man z. B. den von uns bestimmten Wert von 37,8% unverdaulichem Protein nach Stutzer auch für den Stoffwechsel als richtig einsetzen.

Unsere Versuche mit Champignons zeigen, wie die von Lövy und v. d. Heyde, die geringe Ausnützbarkeit ihrer Stickstoffsubstanz und sind somit dazu angetan, die Bedeutung der Pilze als Eiweißnahrungsmittel herabzusetzen. Es soll aber hiermit nicht gesagt sein, daß Pilze wegen ihrer mannigfachen Zubereitungsmöglichkeit kein angenehmes und brauchbares Nahrungsmittel überhaupt darstellen; und wer sein Heil in eiweißreicher Ernährung sieht, dürfte auch bei reichlicher Pilznahrung einen gewissen Vorteil erzielen. Daß der Verbrauch von Pilzen im Kriege bedeutend zugenommen hat, zeigte sich leider in der Zunahme der Pilzvergiftungen. Eine bessere Verbreitung der Pilzkunde durch die Lehrerschaft usw. wäre unbedingt anzustreben.

Die oben angeführte Bezeichnung „Fleischersatz", die vielfach irreführend wirkt, können wir, rein ernährungsphysiologisch, für reichlich genossene Hefe und Pilzarten eigentlich bestehen lassen. Die physiologische Chemie und die Stoffwechsellehre beweisen uns täglich, daß dem Körper jede resorbierbare Eiweißform, ob animalischer oder vegetabilischer Herkunft, bei gemischter Ernährung zustatten kommt und daß er damit haushalten kann, sobald diese Eiweißzufuhr das Minimum nicht überschreitet. Woher das Eiweiß stammt, ist bei gemischer Kost für die Zelle ganz gleichgültig.

Die *Gelatine* wurde bei der allgemeinen Nahrungsbeschränkung während des Krieges in erhöhtem Umfange für Speisezwecke herangezogen; ihre bekannte eiweißsparende Wirkung, die sie mit allen Leimsubstanzen und Leimbildnern teilt, ließ sie dafür besonders geeignet erscheinen. Nach E. Homberger enthält die Gelatine 50% Kohlenstoff, 17,9% Stickstoff, 0,6% Schwefel neben 7% Wasserstoff und 24,5% Sauerstoff; sie steht also elementar-analytisch den Eiweißsubstanzen sehr nahe, ohne eigentliches Eiweiß zu sein. Füttert man einem Hunde größere Mengen Gelatine zugleich mit Fett, so verliert er an Körpereiweiß, selbst wenn die Menge der Leimsubstanz dem Stickstoff einer gleichen Fleischmenge entspricht. Gelatine kann demnach Fleisch nicht ersetzen; andererseits hat der Leim eine hohe eiweißsparende Wirkung, die diejenige des Fettes und der Kohlehydrate sogar weit übertrifft.

Wie groß auch die verabreichte Eiweißmenge ist, stets bewirkte der Zusatz von Gelatine eine Ersparnis des Eiweißverbrauchs. Nach J. Munck (Pflügers Arch. Nr. 58) leisten 100 g Gelatine in eiweißsparender Wirkung dasselbe wie 200 g Kohlehydrate.

Für die Bewertung der Gelatine ist nach Munck als Grundsatz festzuhalten: Zur Erhaltung des Eiweißbestandes eines Körpers ist es nötig, neben ausreichend Gelatine die Hälfte der Eiweißmenge zu reichen, die im Hungerzustande zersetzt wird.

Einen vollen Eiweißersatz, wie die Reklame behauptet, kann der Leim nicht abgeben. Der Mangel an Tyrosin und Tryptophan, sowie kleiner Mengen anderer Eiweißbaustoffe nehmen der Gelatine den Charakter vollwertigen Eiweißes. Kaufmann (Pflügers Arch. Nr. 109) ist es gelungen, beim Selbstversuch durch Zusatz von Tyrosin und Zystin, einen dem Eiweiß nahezu gleichwertigen Körper zu erzielen. Späterhin konnte Abderhalden (Zeitschr. f. phys. Chem. Nr. 77 u. 83) zeigen, daß sich aus vollständig abgebautem Leim unter Zusatz eines Gemenges von Aminosäuren (also auch von Tryptophan und Tyrosin) ein dem Eiweiß ganz ebenbürtiger Körper herstellen ließ.

Der Küchengebrauch des Knochenleims und der Blattgelatine war bisher bei uns ein so mäßiger, daß seine Heranziehung für die Ernährung ohne Bedeutung war. Nur geringe Mengen fanden Verwendung bei Fisch und Fleischplatten und einigen Süßspeisen. Dazu ging ein großer Teil der in der Küche verbrauchten Gelatine, als Dekorationsmittel in gefärbtem Zustande den Speisen beigefügt, für die Ernährung verloren.

Auch Albu schreibt in seiner „Ernährung der Zuckerkranken", bei der er als wirksame Unterstützung der Diabetikerdiät die Gelatine angelegentlichst empfiehlt, daß dieses wichtige Eiweißersatzmittel in der allgemeinen Küche leider keine Rolle spiele.

Das Hygienische Institut der Akademie hat gleich zu Beginn der Ernährungsschwierigkeit auf den Wert der Leimsubstanzen hingewiesen und den Krankenhausverwaltungen dringend die Anschaffung größerer Mengen von Gelatine empfohlen.

Unsere Gelatine-Ernährungsversuche wurden auf den Lungenstationen des Augusta-Hospitals der Stadt Köln angestellt. Sie stellen insofern Massenversuche dar, als ein ganzer Krankensaal 2mal wöchentlich einen großen Teil der Nahrung in Gelatine (Pudding oder Sülzen ohne Fleischeinlage) erhielt. Wir nahmen nach Berechnung der Einfuhr von einzelnen Personen 24stündige Harn- und Kotmenge und stellten die Stickstoffbilanz fest. Ein Defizit konnte in 16 Versuchen

an 11 verschiedenen Personen nicht festgestellt werden. (Beifolgende Tabelle zeigt die Nahrungsaufnahme eines leicht lungenkranken Soldaten bei gemischter Kost.) Die Ernährung am Versuchstage war bei demselben so eingerichtet, daß von den 111,7 g der Eiweißnahrung 81,0 g durch Gelatine ersetzt wurde. Der Patient blieb im Gleichgewicht. Wir heben diesen Versuch auch deshalb besonders hervor, weil 72,9% des Nahrungsstickstoffes durch Gelatinestickstoff gedeckt war.

Diät für Lungenkranke der Station L. E.[1])

Speisen:	g:	N-Substanz	Fett	Kohlehydr.	Kalorien
Kommisbrot	400	29,60	1,80	209,60	1000,0
Holländer Käse	70	19,70	19,40	1,70 (Milchzucker)	269,5
Kartoffel (abgekocht)	150	3,10	0,15	31,50	144,0
Kalbfleisch (mager)	70	18,50	0,70	—	82,6
Wirsinggemüse	170	2,50	8,30	12,40	137,7
Ei	45	5,60	5,50	0,25	75,0
Äpfel	150	0,54	—	18,40	76,0
Milch	1000	30,0	35,50	45,10	650,0
Rotwein	150	—	—	0,30	102,0
Fleischbrühe	300	2,25	1,20	—	21,0
Kaffee	1000	—	—	—	—
Sodawasser	200	—	—	—	—
		111,79	72,55	319,25	2557,8

Der Patient erhält bei Bettruhe 42,63 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht.
Diazoreaktion: negativ.
Temperatur: morg.: 36,6; abds.: 36,7.
Stickstoffbilanz: + 0,085 g p. d.

Unsere Gelatineversuche an Tuberkulösen zeigten die beträchtliche eiweißsparende Wirkung der Gelatine und decken sich durchaus mit den oben angegebenen Resultaten. Einer Bemerkung v. Noordens, daß die Gelatineverabreichung deswegen unrationell sei, weil sich aus „küchentechnischen Gründen" nur 2—2½% zu Speisen verarbeiten lassen, können wir nicht beipflichten. Wir konnten (*siehe Tabelle*) bis 100 g Gelatine mehrere Tage hintereinander in verschiedenster Form verabreichen, ohne auf Widerstand und Widerwillen der Patienten zu stoßen.

Die gesteigerte Nachfrage nach Eiweißnahrungsmitteln führte auch zur Herstellung und zum Angebot zahlreicher Eiweißpräparate tierischer oder pflanzlicher Herkunft. Trotz aller wissenschaftlicher Untersuchungen und Veröffentlichungen ist ja heute beim Volke immer noch die Ansicht bestehen geblieben, daß kräftiger Geschmack eines Nahrungsmittels auch seinen hohen Nährwert beweise. Dieser Irrtum, der schon vor Jahren zu einer vollständig falschen und übertriebenen Bewertung des Liebigs Fleischextrakts führte, ist in der Kriegszeit von gewissenlosen Spekulanten in jeder Weise ausgenützt worden. Die Bestrebungen der Hersteller gingen dabei meist dahin, Extrakte zu gewinnen, die als Speisenzusatz Fleischgeschmack verleihen: Bouillon-, „Saucen"- und Gulaschwürfel usw. Der Mehrzahl dieser Präparate muß jeder Nährwert abgesprochen werden. Besonders noch zu nennen sind hier auch die Eiersatzprodukte; für teueres Geld wurden gelbgefärbte Würfel mit etwas Kartoffelstärke und Chlornatrium, also ohne die geringste Spur des begehrten Eiweiß, als Eiersatz verkauft. Es läge sehr im Interesse der Volksgesundheit, wenn derartige Nahrungsmittelfälschungen mit viel schärferen Strafen geahndet würden; die Nahrungsmittelchemiker haben es an Veröffentlichungen und Warnungen nicht fehlen lassen.

Daß Nährmittel, die sonst nur zur Kräftigung Kranker und bei der Rekonvaleszenz in Frage kommen, jetzt einen Bestandteil der allgemeinen Nahrung ausmachen sollen, zeigt eine Veröffentlichung von Grotthoff im Kölner Tageblatt vom 9. Aug. 1916. G. empfiehlt eine von ihm erfundene „Reichsnährkraftsuppe": eine Gersten- oder Erbsensuppe, die neben Kartoffel und Nährhefe ein von G. erfundenes pulverisiertes Knochenpräparat mit gelöster Phosphorsäure, und ferner das von G. erfundene *Bovisan*, ein Bluteiweißpräparat enthalten soll. Ganz abgesehen davon, daß die Allgemeinheit sicherlich eine derartige Suppenernährung bald ablehnen würde, ist ein Bedarf für spartanische Kunstsuppen sicherlich nicht vorhanden.

Eine eingehende Würdigung der zeitigen Nähr- und Anregemittel gibt Brahm (Therap. Monatsh. 1916. Nr. 5). Unter Zugrundelegung von Nährwert, Art und Preis kommt er, wie bereits Klemperer in dem Handbuch der Ernährungstherapie von Leyden, zu dem Schluß, „daß Nährmittel eine wichtige Unterstützung in der Krankenernährung seien, ohne jedoch Nahrungsmittel entbehrlich zu machen". Nährmittel können bestenfalls die Volksernährung unterstützen, aber niemals einen wesentlichen Einfluß auf dieselbe ausüben. Es ist nicht angängig, dieselben lediglich nach ihrer chemischen Zusammensetzung (Stickstoffgehalt) zu bewerten, wie es leider vielfach der Fall ist. Zur besseren physiologischen Beurteilung des Nährmittels durch den Arzt und um dem Verbraucher eine Sicherheit für die Preiswürdigkeit des Nährmittels zu geben, wäre für Verpackung und Propagandaschriften folgende Vorschrift zu erlassen: „Das Präparat enthält: Stickstoffsubstanz ....%, davon Protein ....%, davon Purine ....%, davon Aminosäurestickstoff ....%, vom Gesamtstickstoff resorbierbar ....%." Eine derartige Verordnung würde von ebeenso großer Wichtigkeit sein, wie die zur Zeit vorgeschriebene Deklaration des Brutto- und Nettogewichts, sowie die Angabe der Herstellungszeit bei Konserven.

Die Eiweißfrage hat auch eine psychologische Seite. Jede Einschränkung und Rationierung von Lebensmitteln ruft Unzufriedenheit hervor und löst Widerstand aus; besonders ist dies beim Fleisch der Fall, denn für die breite Masse ist es nicht nur Nahrungsmittel, sondern vor allem Genußmittel, das sich ohne große Kochkunst verschiedenartig zubereiten läßt und langanhaltendes Sättigungsgefühl hervorruft, ohne Magen und Darm zu belästigen. Treffend sagt Cohnheim: „Diese völlig falsche Wertschätzung des Fleisches und der Eiweißnahrung als einer besonders ‚kraftgebenden' sitzt noch heute in den Köpfen des Publikums, vor allem auch der unteren Volkschicht so fest, daß der Einsichtige demgegenüber nicht immer leichten Stand in der Kostaufstellung hat."

Eine interessante diesbezügliche Beobachtung konnten wir während des letzten Sommers machen. In Badeorten müssen wöchentlich Dienstags und Freitags fleischfreie Tage eingehalten werden. In einem

[1]) Wir wählten zu unseren Versuchen Lungenkranke, weil diese bekanntlich einen besonders großen Nahrungsbedarf haben und die von Schröder und anderen (Intern. Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforsch. 1912 und 1914) geforderte Eiweiß- und Fettmenge heute unmöglich erhalten können.

Forderung im Frieden:
Eiweiß . . . . . . 150—180
Fett . . . . 200—250

Forderung im Kriege:
Eiweiß 118
Fett 92

nahegelegenen Badeort gab an diesen Tagen die Hotelküche als Ausgleich einen Gang mehr. Während z. B. am Montagmittag: Suppe, Kalbsrücken mit reichlich Gemüse und Kartoffeln und eine Süßspeise gereicht und abends ein Lendenstück, ebenfalls mit Gemüse und Kartoffeln, gegeben wurde, gab es Dienstags: 1. eine besonders dicke Suppe, 2. Fisch mit Kartoffeln, 3. eine Eierspeise mit viel Gemüse und eine Süßspeise. Abends: Eierspeisen mit reichlich Gemüse- und Käseplatten. Nach unserer Berechnung stellte die Tagesnahrung der fleischfreien Tage 600—1100 Kalorien mehr dar als der Fleischtage. Trotzdem klagte das Publikum an diesen Tagen über Hunger. Außerdem waren die beiden Konditoreien Dienstags und Freitags überfüllt.

Der Wille zum Durchhalten und die Volksgesundheit erfordern Abhilfe durch bessere Aufklärung: Alle Maßnahmen, die eine Einschränkung des Genusses zu fordern scheinen, werden im großen ganzen als lächerlich und als Ausgeburt eines asketischen Hirnes beurteilt. Man liest so etwas nicht. Hindhede sagt einmal: Man brauchte nur einen Witz zu machen und ich war abgetan. Es ist dringend erforderlich, daß die Ernährungswissenschaft Allgemeingut nicht nur der Ärzte, sondern auch der Erzieher und Volkswirtschaftler werde.

Literatur.

Abderhalden, Lehrbuch der physiologischen Chemie. 1915.

Abderhalden, Die Grundlagen unserer Ernährung. Berlin 1917.

Bokorny, Über Hefe. Pflügers Arch. Bd. 164. H. 4—6.

Brahm, Über künstliche Nährmittel. Therap. Monatsh. Nr. 5. 1916.

Brieger, Der heutige Stand der Nährhefefrage. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1916. H. 7.

Cohnheim, Chemie der Eiweißkörper. 1914.

Euler und Lindner, Chemie der Hefe. 1915.

Feilchenfeld, Über den günstigen Einfluß unserer Kriegsnahrung auf Diabetes und Arteriosklerose. Med. Klin. 1918. Nr. 8.

Fenden und Borinski, Nährhefe als Nahrungsmittel. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 22.

Fränkel, Dynamische Biochemie. 1911.

Grumme-Fohrde Abhängigkeit des Fortpflanzungsvermögens vom Eiweißgehalt der Nahrung. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 34.

Hammarsten, Lehrbuch der physiologischen Chemie. 1914.

Heuser, Über Chemie und Nährwert der Pilze. Naturwissensch. 1913. H. 7.

Hindhede, Die Ernährungsfrage. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 17—19.

Hochhaus, Küster und Wolff, Über die Anwendung eines neuen Kartoffeltrockenpräparates für zeitgemäße eiweißarme Ernährung und Diabetesdiät. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 37 u. 38.

Hussy und Uhlmann, Die biologische Wirksamkeit des Serums von normalen Schwangeren und von Schwangerschaftstoxikose. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 4.

Jansen, Untersuchungen über die Stickstoffbilanz bei kalorienarmer Ernährung. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124.

v. Jaschke, Eklampsiegifte und Kriegskost. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 11.

König, Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genußmittel. 1903.

Kunert, Sitzung der Medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau. Bericht. Berl. klin. Woch. 1916. S. 94.

Küster-Wolff, Weitere Erfahrungen über die Anwendung von Trockenkartoffeltagen bei Diabetikern. Berl. klin. Woch. Nr. 9. 1917.

Lanstein, Die Volksernährung im Kriege. Therap. Monatsh. 1915. Nr. 5.

Lichtwitz, Ernährung im Kriege. Berl. klin. Woch. 1916 u. 1917.

Lommel, Ernährungsfragen. Med.-naturw. Ges. Jena. Sekt. f. Heilk. 24. 1. 1916.

Löwy, Über Kriegskost. D. med. Woch. 1917. Nr. 6 u. 7.

Loewy und von der Heyde, Verdaulichkeit der Pilze. Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 23.

Loewy und Zuntz, Einfluß der Kriegskost auf den Stoffwechsel. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 30.

Momm, Hat die eiweiß- und fettarme Nahrung einen Einfluß auf die Entwicklung der Frucht? Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 28.

v. Noorden, Ersatzmittel der gebräuchlichen Eiweißstoffe für die Nahrung. Therap. Monatsh. 1915. Nr. 7.

v. Pirquet, System der Ernährung. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 16.

Rabnow, Entwicklung der Neugeborenen im zweiten Kriegsjahre. D. med. Woch. 1916. Nr. 45.

Rosenfeld, Ernährung im Lazarettbezirk Breslau. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 13.

Röttger, Lehrbuch der Nahrungsmittelchemie. 1910.

Rubner, Die Resorbierbarkeit der Nährhefe. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 18.

Rubner, Über moderne Ernährungsformen. München u. Berlin 1914.

Rubner, Die Ernährung der kurfürstlichen bayrischen Soldaten im Jahre 1795. Münchn. med. Woch. 1916.

Röse, Eiweißüberfütterung. Österr.-ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 1914. H. 3.

Salkowsky, Blut als Nahrungsmittel. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 19.

Salomon, Über Nährhefe. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 13.

Sieveking, Volksernährung in den ersten Kriegsjahren 1914—16. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 31.

Schottelius, Untersuchung über Nährhefe. D. med. Woch. 1915. S. 817.

Schrumpf, Nährhefe als Nahrungsmittel. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 8.

Thiele, Über Ernährung. Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 28.

Thiele, Der Einfluß der kriegsmäßig veränderten Ernährung auf unsere heranwachsende Jugend. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 28.

Wintz, Nährhefe. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 13.

B. Auszüge.

I. Militärmedizin.

1. **Lungenerkrankungen nicht tuberkulöser Natur beim Heere;** von Schleyer. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 30. S. 333.)

In einem Vortrag bespricht Sch. an der Hand von Röntgenbildern die große Reihe von Erkrankungen der Lunge unter Ausschaltung der Tuberkulose auf Grund seiner Erfahrungen als fachärztlicher Beirat für innere Medizin.

Bei jeder Krankheitsform wird außer der Entstehung der Grad der militärischen Verwendbarkeit besprochen. Schlichting (Kassel).

2. **Nierenleiden und Heeresdienst;** von Schleyer. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 28. S. 311.)

Ausführlich werden die einzelnen Erkrankungen der Nieren besprochen, ihre Entstehungsursachen, ihr Verlauf, ihr Endresultat. In jedem Fall wird die Frage der Kriegsdienstbeschädigung geprüft, ein Urteil über den Grad der Dienstfähigkeit gegeben.

Die Frage der Verstümmelungszulage bei schweren Nierenerkrankungen wird gestreift. Am Schluß folgt ein Vorschlag zur Benennung der chronischen Nierenleiden nach dem formal-pathogenetischen Prinzip. Schlichting (Kassel).

3. **Traitement des paludéens de l'armée d'orient en France;** von A. Manaud. (Presse méd. 1917. Nr. 58. S. 599.)

Man gebe 4—5 Tage nacheinander große Gaben Chinin, nachher dieselbe Dosis einmal alle 5 Tage und später einmal die Woche, mindestens $^1/_2$—1 Jahr lang. Per os gebe man 2—3 g, intramuskulär 1,5—2 g, intravenös 1—1,5 g. Im akuten Stadium hat die intravenöse Einspritzung den Vorzug: man injiziere langsam 1,25 g Chinin. bimur. in 125 ccm physiologischer Salzlösung. Später nehme der Patient das Mittel per os. Gleichzeitig gebe man Arsenik, gute Nahrung, frische Luft usw. Lamers (Herzogenbusch).

4. **Erfahrungen bei fieberhaften Kriegskrankheiten, besonders beim Fünftagerieber;** von E. Roos. (Med. Klin. 1917. Nr. 37. S. 983.)

Besprechung einiger typischer und einiger atypischer Fälle von Fünftagefieber mit besonderer Berücksichtigung des Blutbildes. Im Fieberanfall findet man eine ziemlich beträchtliche Leukozytose. Außer reichlichen großen mononukleären Leukozyten mit großen rundlichen und gewulsteten Kernen, zum Teil mit beginnender neutrophiler Körnelung sind auch myelozytenähnliche Jugendformen der Leukozyten zu finden. Leichte Eosinophilie. Im Fieberintervall ändert sich das Blutbild mehr im Sinne einer Lymphozytose. Im roten Blutbild konnte auffallend häufig eine Anisozytose festgestellt werden. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

5. **Myxödem als Kriegsdienstbeschädigung;** von A. Alexander. (Med. Klin. 1917. Nr. 37. S. 994.)

Mitteilung eines Falles, bei dem sich nach einer Granatexplosion und Verschüttung ohne wesentliche Verletzung das typische, psychische und somatische Bild eines Myxödems entwickelte. Die entstandene Hypofunktion der Schilddrüse konnte durch Darreichung von Thyreoidin aufgehoben und die krankhaften Symptome beseitigt werden. Ätiologisch werden vagotonische Störungen der Anlage in Erwägung gezogen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

6. **Die ersten drei Monate der neurologischen Militärabteilung für Kopfverletzungen;** von A. Fuchs. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 28. S. 1222.)

Das Material der Abteilung ist sehr groß, in den ersten 3 Monaten wurden 672 Kopfverletzungen aufgenommen, von denen 46 Fälle an traumatischer Epilepsie litten. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Erwähnt sei, daß F. eine direkte neurologische oder psychiatrische Indikation für die Vornahme der Deckung des Schädeldefekts nicht kennt. Wird dieselbe von Patienten gewünscht, so ist er, worin ihm nur beizustimmen ist, für möglichste Hinausschiebung des Termins. Seit Kriegsdauer hat er in keinem Falle die Initiative zu einer Deckung ergriffen. F. regt an, ob es nicht möglich wäre, allen Epileptikern das notwendige Brom von Staatswegen zu liefern. Jolly (Halle).

7. **Die Behandlung der Kranken mit funktionellen Neurosen im Dienstbereich des XIV. A.-K.;** von Wilmanns. (D. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 427.)

Vermöge seiner einflußreichen militärischen Stellung ist es W. gelungen, in Baden die Behandlung der Kranken mit funktionellen Neurosen vorbildlich zu organisieren. In beiden Universitätsstädten ist je eine Beobachtungsabteilung zu etwa 65 Betten. Die Behandlungslazarette mit 820 Lagerstellen liegen auf dem Lande oder in ländlicher Umgebung, jedes Lazarett hat durchschnittlich 100 Betten. Die Behandlung besteht in der Anwendung der verschiedenen jetzt üblichen Methoden, wozu auch Arbeit in der Landwirtschaft, in Werkstätten und in Betrieben gehört. Neuerdings arbeiten die Kranken in Munitionsfabriken. Die Behandlungserfolge sind in bezug auf die militärische Verwendbarkeit recht ungünstig; von 435 Kriegsneurotikern, über die Erkundigungen eingezogen wurden, standen 27 = 6% im Felde, entlassen oder in absehbarer Zeit zu entlassen waren 74%. Sehr erfreulich waren die Ergebnisse der Behandlung von dem Gesichtspunkte der Beseitigung der groben körperlichen Störungen unter Wiederherstellung der bürgerlichen Leistungsfähigkeit aus betrachtet. W. tritt sehr für die Wiedereinziehung und Nachbehandlung der hysterischen Rentenempfänger ein. Jolly (Halle).

8. **Über durch die Kriegserfahrungen bedingte Fortschritte in der Neurologie;** von A. Frh. v. Eiselsberg. (Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1917 Maiheft S. 3.)

Am Schluß seiner Übersicht der Erfahrungen über die Kriegsbeschädigungen des Zentralnervensystems, der peripheren Nerven und die Neurosen hebt v. M. mit Recht hervor, daß auffallend wenig multiple Sklerosen, bei denen ja auch Traumen als Ursache ange-

geben wurden, zur Beobachtung kamen, ebenso luetische Erkrankungen des Zentralnervensystems und Tumoren.
Jolly (Halle).

9. **Über nervöse Blasenstörungen bei Soldaten**; von Juliusberg u. Stetter. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 11. S. 256.)

Bei Zugrundelegung eines von Stiefler und Volk angegebenen Schemas gruppierten J. u. St. ihre Fälle in Pollakisurie (133), Enuresis (87) und Dysurie (8). In der ersten Gruppe fanden sich 46 reine Pollakisurien, 61 Pollakisurien mit falscher Inkontinenz und 26 Pollakisurien als Rezidiv. Bei den 87 Enuresisfällen wurde niemals erst jenseits der Pubertät aufgetretenes Bettnässen beobachtet, sondern fast immer weit meist bis in die Kindheit zurückreichende Störungen dieser Art. Bei 19 Fällen war die Enuresis seit dem 10. bzw. 14. Lebensjahr vollkommen verschwunden und trat jetzt zwischen dem 20. und 30. bzw. 30. bis 35. Lebensjahr als Rezidiv auf. Bei den 6 Fällen von Dysurie handelte es sich um Harnverhaltung im Anschluß an Erkältungen, Operationen, Schußverletzungen ohne Rückenmarksläsion. Als Ätiologie dieser Blasenstörungen kommt eine nervöse Disposition und auslösende Momente, vorwiegend Durchnässung und Erkältung in Frage. Periphere Nervenschädigungen infolge von Infektionen scheinen J. u. St. ohne Bedeutung zu sein. Therapie: Wärme, Sitzbäder, Faradisieren, Strychnin, Styptol, Nervina.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

10. **Die Bedeutung der Behandlung von Blasenleiden im Kriege**; von F. Munk. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 453; Nr. 16. S. 485.)

Von größter Bedeutung für die Pathogenese der den Lazaretten zugewiesenen Blasenleiden ist die Tatsache, daß es sich *in 70 % der Fälle um alte Blasenstörungen* handelt, die meist aus der Kindheit der Kranken stammen. Es handle sich nicht um eine Kriegs- oder Schützengrabenkrankheit, wenn auch die ungünstigen Lebens- und Witterungsverhältnisse des Frontdienstes und das Einsetzen der Winterkälte den Zustand zu verschlechtern pflegen. — Kranke mit konstitutionell-funktionellen Blasenstörungen zeigen fast immer geistige oder körperliche Entwicklungsfehler. — Bei akuten Blasenstörungen kommt ätiologisch sehr häufig Erkältung, intensive oder länger anhaltende Abkühlung in Betracht, doch fällt die Störung meist nicht unter den Begriff der Erkältungskrankheit; es handelt sich mehr um unmittelbare reflektorische Einflüsse auf den nervösen Apparat des Harnsystems. — Von Infektionskrankheiten bewirken besonders Ruhr und Rheumatismus Blasenbeschwerden. Das psychische Trauma (Schreck) sowie andauernde psychische Einwirkungen (Angst usw.) können vermehrten Harndrang und Inkontinenz bedingen. — Bisweilen kann keine bestimmte Ursache angegeben werden. — Es lassen sich etwa folgende Formen funktioneller Blasenstörungen abgrenzen: Einfache Enuresis nocturna et diurna; Pollakisurie; Inkontinentia; Tenesmus; Kombinationen dieser. — Die richtige Beurteilung der Erkrankung ist nicht leicht und erfordert Kontrolle der subjektiven Angaben durch objektive Beobachtung. — In manchen Fällen besserte die Verabreichung von Kaffee den Harndrang. Herabsetzung der Flüssigkeit bewirkt meist Einschränkung der Urinabgaben; prognostisch günstiger sind die Fälle, in denen diese Erscheinung nicht eintritt. — Eine längere Lazarettbehandlung solcher Kranker rechtfertigt sich nur dann, wenn erfahrungsgemäß auch ein Erfolg zu erwarten ist; bei konstitutioneller Blasenschwäche, Enuresis nocturna und diurna, bei vielen Fällen von Incontinentia urinae lohnt es sich gar nicht, im Lazarett eine eigentliche Behandlung einzuleiten. Anders bei akuten Blasenstörungen; hier sind strenge Bettruhe, heiße Applikationen auf Blasen- und Nierengegend und Füße, wöchentlich 2—3 warme Vollbäder zu verordnen. Meist ist kräftige Ernährung angezeigt.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

11. **Behandlung der Hirn- und Bauchschüsse**; von Grune. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 139.)

Auf Grund ziemlich reicher eigener Erfahrung gelangt Gr. zu der heute wohl allgemein vertretenen Forderung der Frühoperation bei Schädelschüssen; besonders bei Tangentialschüssen und Lähmungserscheinungen. — Enzephalitiden und Spätabszesse sind nicht selten auf eine ungenügende vorangegangene Operation bzw. schlechte Nachbehandlung zurückzuführen. Gr.s Erfahrungen bei den Bauchschüssen bestätigen die hinlänglich bekannte Bedeutung der Frühoperation.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

12. **Subkutane Milzruptur und Dienstbeschädigung**; von R. Blitz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 141.)

Beschreibung eines einschlägigen Falles, bei dem das Trauma in Ausgleiten auf gefrorenem Boden bestand. Trotz Operation Exitus. Im Anschluß an die Beschreibung des Falles längere Kasuistik.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

13. **Die konservative Therapie bei Kriegsaneurysmen und die Indikationsstellung zur operativen Behandlung**; von K. Riedel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 230.)

R. wendet sich mit Recht gegen die heute meist übliche unterschiedslose Operation jedes Kriegsaneurysmas, in erster Linie aus *dem* Grunde, weil man in vielen Fällen doch nicht die Operation der Wahl, die Naht des Aneurysmasackes, machen kann, sondern unterbinden muß; die Gefahr einer Gangrän ist in solchen Fällen nie ganz auszuschließen. Andererseits lassen sich mit der konservativen Behandlung in Gestalt von permanenter Kompression manche Aneurysmen zum Schwinden bringen. Erst wenn diese konservative Therapie versagt sowie bei drohender Ruptur des Aneurysmas und bei schwer infizierten Fällen tritt die operative Behandlung in ihre Rechte.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

14. **Weitere Beiträge zur Kenntnis der spontanen Genitalgangrän bei Kriegsteilnehmern**; von Küttner. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 10. S. 225.)

Beschreibung eines Falles, in dem sich bei einem fleckfieberkranken Russen eine spontane Gangrän der Skrotalhaut einstellte, sowie eines 2. Falles, der in die Gruppe der echten Fournierschen Gangrän gehört: Anscheinend ohne äußere Veranlassung trat bei einem vorher ganz gesunden Mann ein akutes entzündliches Ödem von Penis und Skrotum ein, das bald in Gangrän überging; später kam eine Thrombophlebitis der Penisvenen hinzu und unter septischen Erscheinungen erfolgte schließlich der Exitus.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

15. **Orthopädische Improvisationen für Kriegsverletzte**; von O. A. Hug. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 21. S. 657.)

Die Arbeit stammt aus der Schultheßschen Anstalt Balgrist-Zürich und beschäftigt sich im besonderen mit der Anlage der Gewichtsrollenzüge zu Übungszwecken und der Anordnung der Einrichtungen

für passives sitzungsweises Redressement. Partielle Gelenkversteifungen, Bewegungsreduktion nach Knochenbrüchen, Kontrakturen sind das eigentliche Feld für diese Therapie. In der Anstalt Balgrist wird meistens zuerst das passive Redressement, daneben die Massage, und sobald wie möglich die aktive Übung angewendet. Langdauernde, regelmäßig wiederholte heiße Bäder für die kleineren Gelenke, Heißluft- oder Lichttherapie für die großen Gelenke sind dabei von außerordentlichem Nutzen, besonders wenn sie vor oder am besten während der Redressements- bzw. den Übungsstunden angesetzt werden. Die in 25 sehr instruktiven Abbildungen wiedergegebenen Redessionsvorrichtungen bezwecken: 1. die passive sitzungsweise Dehnung mit Gewichtszügen, die täglich ein bis mehrere Stunden zu dauern hat und 2. die aktive Übung derjenigen Muskeln, die den Kontrakturstellen entgegenarbeiten sollen; sie wird unter Widerstand von Schnürzügen ausgeführt, die durch entsprechend leichte oder schwerere Gewichte in Spannung erhalten werden.

Wagner (Leipzig).

16. **Die Diathermie im Kriege;** von H. Braun. (Thér. d. Gegenw. 1917. Nr. 4. S. 136.)

Es werden kurz die theoretischen Grundlagen, die Apparate und die Technik besprochen und die Anwendungsgebiete aufgezählt. Neben den Neuralgien und Neuritiden findet die Diathermie sehr erfolgreiche Anwendung bei Gelenkserkrankungen chronischer Natur. Auch chronische Bronchitiden mit Asthmaerscheinungen wurden bisweilen erfolgreich in das Bereich dieser neuen Therapie gezogen. Erfolge wurden auch bemerkt bei Angina pectoris und Gefäßhypertonie. Kontraindikationen, Lungenleiden mit Neigung zu Hämoptöe, drohende Blutungen anderer Art und akute eitrige Prozesse. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

II. Anatomie und Entwicklungsgeschichte.

17. **Über den inneren Bau der peripheren Nerven;** von R. Veit. (Anat. Anz. Bd. 50. S. 379.)

V. berichtet über den *inneren Bau der peripheren Nerven,* anknüpfend an die Stoffelsche Lehre vom kabelartigen Baue des Nervenstammes. Gegen diese Auffassung des Aufbaues des peripheren Nerven sprechen bereits die Tatsachen der bekannten Geflechtbildungen der Hauptnervenstämme sowohl wie der feinsten Verästelungen, ferner die fast stets zu beobachtende Tatsache der innigen Vermischung zentripetaler und zentrifugaler Fasern in ein und demselben Nervenstamme.

V. versuchte nun die Frage der inneren Plexusbildungen der peripheren Nerven durch eigene neue Untersuchungen zu lösen, und zwar auf 2 Wegen: erstlich durch Auffaserung des Nervenstammes, zweitens durch Anfertigung von Durchschnitten, namentlich Vergleich der Querschnittsbilder.

Zur Auffaserung benutzte V. Trypsin-, Soda- und Pepsin-Salzsäurelösungen. Es ergab sich auf diese Weise mit Sicherheit, daß von *einem kabelartigen Baue des peripherischen Nerven* im Sinne Stoffels *keine Rede sein kann.* Es besteht vielmehr in *peripheren Nerven eine ausgiebige Verflechtung der einzelnen Bündel* in den verschiedensten Richtungen und ohne erkennbare Gesetzmäßigkeit; diese innere Plexusbildung wird im Verlaufe des Nervenstammes in zentraler Richtung immer dichter; sie setzt sich durch den ganzen Nerven hindurch fort bis an die Spinalganglien. Die Nervenwurzeln, dorsale wie ventrale, besitzen dagegen keine Anastomosen ihrer Bündel mehr; sie sind nach dem Typus des Kabels gebaut.

Im Prinzip zu dem gleichen Resultat kam V. bei seinen mikroskopischen Untersuchungen. Schon in Abständen von 1 cm Länge zeigt sich auf den Nervenquerschnitten ein wesentlicher Unterschied in der Anzahl der Bündel sowohl wie in ihrer Anordnung.

Sobotta (Königsberg).

18. **Vorschläge zur Bezeichnung schräg im Körper liegender Ebenen und Linien;** von L. Gräper. (Anat. Anz. Bd. 50. S. 387.)

Gr. macht beachtenswerte Vorschläge für eine exakte *Bezeichnung der Ebenen und Linien, die schräg im Körper liegen.* Gr. schlägt vor, symmetrische vertikale, d. h. der Körperachse parallele Ebenen und Linien, die von hinten außen nach vorn innen laufen, weil sie gegen die Bauchseite hin kielartig zusammenlaufen, mit dem Namen „ventrikonvergent" zu bezeichnen. Die gegensätzliche Bezeichnung würde dann *„dorsokonvergent"* lauten. So liegt der obere halbkreisförmige Kanal in einer dorsokonvergenten Ebene, der hintere in einer ventrikonvergenten.

Für die Bezeichnung der beiden schrägen im Mittelpunkt des Beckens sich schneidenden schrägen Beckendurchmesser, deren vordere Hälften dorsokonvergent liegen, während die hinteren ventrokonvergent sind, schlägt Gr. vor, um sie als Ganzes bezeichnen zu können, ihre Richtung mit der der griechischen und französischen Akzente zu vergleichen und gleichsam von einem Diameter acuta und Diameter gravis zu sprechen, oder nach Art des Adjektives diametral von *„acutometralis"* und *„gravimetralis"* zu sprechen.

Um andere schiefe Ebenen im Körper einwandsfrei zu bezeichnen, benutzt Gr. den Ausdruck der Neigung; d. h. eine Ebene ist nach der Richtung geneigt, in der eine aufgesetzte Kugel laufen würde. Von „declivis" geneigt abgeleitet nennt Gr. die dem Zwerchfell aufliegende geneigte untere Fläche des Herzenz (Facies diaphragmatica) *„prokliv"*, den rückwärts geneigten Blumenbachschen Klivus der Schädelbasis *„dorsokliv"*, die Lagerung des Armgeflechtes in der Oberschlüsselbeingrube als *„laterokliv"*, und zwar die des linken Plexus brachialis als *„lävokliv"*, die des rechten als *„dextrokliv"*. Als *„mediokliv"* würde man ein Gebilde bezeichnen, das von der Seite nach medial geneigt ist.

Nach diesem Bezeichnungsmodus wäre die Ebene der Darmbeinschaufeln als *„medioprokliv"*, die der Herzachse als *„lävoprokliv"*, die der Leberunterfläche als *„dextroprokliv"* zu bezeichnen. Das Trommelfell wäre *„mediodorsokliv"*, die Achse eines Rippengelenkes *„laterodorsokliv"* gestellt. Sobotta (Königsberg).

19. **Die Umwelt des Keimplasmas.** *VI. Direkte Temperaturabhängigkeit der Körperwärme bei Ratten (M. decumanus und M. rattus);* von H. Přzibram. (Arch. f. Entwicklungsmech. Bd. 50. S. 37.)

Pr. berichtet über nachweisliche *direkte Temperaturabhängigkeit* der *Körperwärme* bei *Säugetieren.* Als Versuchstiere wurden Haus- und Wanderratten benutzt. Werden solche bei konstanten Temperaturen aufgezogen, so lassen sie auch unter sonst gleichen Bedingungen bei den verschiedenen äußeren Wärmegraden nach Eintritt der Geschlechtsreife verschiedene Körpertemperaturen (rektal gemessen) erkennen. Für je 5 Celsiusgrade Außentemperatur beträgt dieser Unterschied zwischen + 5 und + 40° C durchschnittlich $^{2}/_{10}$ Körpertemperatur.

Für beide Rattenspezies und für beide Geschlechter wurde die gleiche relative Zahl gefunden; die Weibchen

zeigen jedoch gegenüber den Männchen eine durchschnittlich $^1/_2{}^0$ höhere Körpertemperatur.

Bisher wurden bei anderen Warmblütern gelegentlich übereinstimmende, aber nur auf vereinzelte Temperaturen bezügliche Messungen gemacht, deren geringe graduelle Abweichungen lediglich auf zu kurze Einwirkungsdauer der beobachteten äußeren Temperaturen zurückzuführen sind.

Luftfeuchtigkeit spielte bei den Versuchen von Pr. keine ausschlaggebende Rolle; sie war bei allen Versuchen über 25° ebenso wie bei allen unter 20° annähernd die gleiche, während die Körpertemperaturen schrittweise mit den äußeren von 5 zu 5° zunehmenden sich steigerten. Sobotta (Königsberg).

20. **Der Canalis craniopharyngeus persistens beim Mensch und bei den Affen;** von A. Schultz. (Morph. Jahrb. Bd. 50. S. 417.)

Sch. erörtert in einer kleinen Mitteilung ausführlich die Frage des *Canalis craniopharyngeus* und seiner Persistenz beim Menschen und den Affen. Dieser Kanal ist bekanntlich der Rest des Hypophysenganges und erscheint in Gestalt eines die Schädelbasis durchsetzenden und am Grunde der Sella turcica ausmündenden Kanals. Da dieser Kanal gelegentlich auch beim Erwachsenen vorkommt, war es natürlich von Interesse, sein Vorkommen in der ganzen Reihe der Primaten zu untersuchen. Es zeigte sich nun, daß bei niederen Affen (Hapaliden) der Kanal überhaupt nicht vorkommt, bei erwachsenen Cebiden steigt sein Vorkommen auf über 5%; bei Cercopitheciden kommt er noch in 3,8% vor; dann schnellt das Vorkommen des Kanals bei den erwachsenen Formen der Anthropoiden auf 40% herauf und sinkt bei der höchsten Form der Primaten, den Hominiden, von neuem auf ein knappes halbes % herab, wobei fast ausschließlich die Europäer allein diesen geringen Prozentsatz ausmachen.

Auch bei anderen Säugetieren ist das Vorkommen des Kanals ein außerordentlich schwankendes; bald erscheint er fast regelmäßig bei der einen Spezies, und bei einer nahe verwandten fehlt er völlig oder fast völlig. Sobotta (Königsberg).

21. **Spaltung des linken Leberlappens einer menschlichen Leber in einen Stamm- und Seitenlappen;** von G. Ruge. (Morph. Jahrb. Bd. 50. S. 345.)

R. beschreibt den sehr seltenen Fall der *Spaltung des linken Lappens der menschlichen Leber* in einen Stamm- und einen Seitenteil. Es handelte sich um einen nicht ganz reinen und einfachen Fall, der als Rückschlag auf die Leberform niederer Säugetiere gedeutet werden konnte, sondern um Verhältnisse, die nicht einfach als Wiederholungen früherer stammesgeschichtlicher Einrichtungen angesehen werden können. Es drängten sich nämlich in dem beschriebenen Falle in die ausgebildete linke Seitenspalte des Organs vom linken Stammlappen ausgehende Lebersubstanzmassen ein, auf diese Weise einen an den Organen anderer Säugetiere nicht vorkommenden *Nebenlappen* erzeugend. Dieser muß daher als eine Zutat zu der atavistischen Spaltenanomalie der Leber aufgefaßt werden, da krankhafte Veränderungen der untersuchten Leber ausgeschlossen werden konnten.

Sobotta (Königsberg).

III. Physiologie.

22. **Über den Einfluß des Fliegens auf das Blutbild bei Menschen, Kaninchen und Mäusen;** von Kaulen. (D. med. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1562.)

K. faßt die Ergebnisse seiner Beobachtungen zusammen: meist ist nach 3 Monaten eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und eine Zunahme des Hämoglobingehaltes des Blutes festzustellen. Bei Normalbleiben der Leukozyten ist meist Lymphozytose nachzuweisen. Die gleichen Veränderungen wurden an Mäusen und Kaninchen beobachtet.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

23. **Neuere Anschauungen über den Muskeltonus;** von Th. v. Brücke. (D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 121; Nr. 6. S. 152.)

Die Frage, ob der Tonus eines Muskels stets als ein Erregungszustand des Muskels, gewissermaßen als ein ganz schwacher Tetanus anzusehen ist, oder ob die tonische Spannung bzw. Verkürzung eines Muskels auf einem Vorgange beruht, der mit der normalen Erregung nichts zu tun hat, ist nach v. Br. noch nicht entschieden; doch sei die tonische Kontraktion der Körpermuskulatur während der Enthirnungsstarre sicher als ein Tetanus zu bezeichnen, äußerst ähnlich den Vorgängen, die sich während der normalen Bewegungen der Muskeln abspielen, aber vielleicht nicht völlig gleich. Ein zweites Problem aus dem Gebiete des Muskeltonus sei die Frage, ob der Tonus der Skelettmuskulatur von ihren zerebrospinalen motorischen Nerven unterhalten wird, oder ob auch die quergestreiften Muskeln unter dem Einfluß des sympathischen Nervensystems stehen. Ein sicherer funktioneller Beweis dafür sei bisher nicht geliefert. Man könne aber vermuten, daß die nachgewiesene Doppelinnervation der quergestreiften Muskeln mit den beiden Tonusformen derselben — der Ruheverkürzung und dem Tonus infolge dauernder Erregung — in Beziehung stehe, daß also vielleicht die Erregung der sympathischen Fasern das Ausmaß der Ruheverkürzung regle, die motorischen zerebrospinalen Fasern dagegen die Stärke des Erregungstonus bestimmten.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

24. **Weiterer Beitrag zur Kenntnis der radikulären Innervation der Bauchmuskeln;** von G. Söderbergh. (Nord. med. Ark. Afd. 2. Bd. 50. H. 1. Nr. 2. S. 32.)

Ein 39jähriger Arbeiter hat seit 3 Jahren nach dem Heben einer großen Last einen lumbagoähnlichen Schmerz, der bei Bewegungen exazerbiert. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt er beim Vornüberbeugen einen plötzlichen krampfartigen Schmerz in der linken Seite des Bauches von der Ausbreitung eines fingerbreiten Bandes in der Höhe von D. 10, doch soll auch eine Herabsetzung des Gefühles bestanden haben. Seit einem Jahre ist das linke Kniegelenk etwas steif, nach Anstrengung tritt Müdigkeit und Schütteln der Extremität auf. Gang langsam, hinkend. Vor $^1/_2$ Jahr traten Blasen- und Defäkationsstörungen ein. Eine vorhandene Skoliose soll zugenommen haben. Von den Bauchstörungen abgesehen, zeigt Patient bei der Untersuchung nur spastisch-paraparetische Erscheinungen mit entsprechenden sensiblen Störungen. Das Nervensystem ist sonst intakt. Die Lumbalpunktion zeigt einen Druck von 55 mm in horizontaler Lage. Bei Palpation des Bauches scheint besonders in der unteren Bauchhälfte der Tonus herabgesetzt. S. nahm das Vorhandensein einer Rückenmarksgeschwulst mit sekundärer zirkumskripter seröser Meningitis an, wahrscheinlich in Höhe der 10. Dorsalwurzel links, mehr vorn, gelegen. Der Verlauf war progredient. Die Operation ergab keinen Tumor, sondern nur eine zirkum-

skripte seröse Meningitis. Nach dem Abfließen der ersten großen Liquorquantität und beim Hervortreten der Pulsationen traten zwei zystenähnliche Gebilde in dem Winkel zwischen Rückenmark und bzw. der 10. und 9. Wurzel empor. Das der 10. Wurzel war weit größer. Daher das radikuläre Band links. Der Fall stützt die früher ausgesprochene Annahme S.s, daß der Obliquus internus hauptsächlich von der 10. Dorsalwurzel innerviert wird. Wenn Patient sich aufrichtete oder hustete, war eine augenfällige Verschiebung des Nabels nach oben rechts leicht festzustellen: antagonistiches Überwiegen des rechten Obliquus externus bei Parese des linken Obliquus internus.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

25. **Über den sogenannten langen russischen Darm;** von v. Hansemann. (Med. Klin. 1917. Nr. 36. S. 957.)

Es handelt sich bei dem häufig bei den Russen, auch bei den Letten und vereinzelt bei den deutschen Soldaten gefundenen langen Darm *nicht* um eine Rasseneigentümlichkeit, sondern um eine Nahrungsanpassung. Es kann Folgeerscheinungen, Torsionen usw. haben, die aber nur vereinzelt beobachtet werden. Ob der lange Darm die Ursache vorkommender Kachexie z. B. bei der Phthise allein ist, ist sehr fraglich.

Cordes (Berlin).

26. **Über den Gleichstromwiderstand des Menschen und seine Änderung bei Krankheiten;** von K. Brandenburg. (Med. Klin. 1917. Nr. 48. S. 1263.)

Interessante Messungen an der Hand ergeben einen Widerstand dieser gegen Gleichstrom, der seinen Sitz in der Haut und den drüsigen Gebilden dieser hat und durch Formalingerbung zu unterdrücken ist.

Zentral nervöse Einflüsse bedingen Änderungen, z. B. Gehirnschädigungen usw. erhöhen den Widerstand.

Cordes (Berlin).

27. **Zur Frage der Lebensdauer der Spermatozoen;** von W. Pryll. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 523. 1917.)

Pr. kommt auf Grund seiner Beobachtungen bei einmaligem Koitus zu dem Schluß, daß die durchschnittliche Lebensdauer der Spermatozoen 6—10 Tage beträgt.

Klien (Leipzig).

IV. Physiologische und pathologische Chemie.

28. **Die Selbststeuerung des Reaktionsablaufes fermentativer Prozesse;** von L. Lichtwitz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 643.)

Das Ergebnis der Erörterung faßt L. am Schluß folgendermaßen zusammen (gekürzt): Enzymatische Prozesse in einem geschlossenen System führen zu einem echten Gleichgewicht oder zu einem Endzustand, der durch eine Inaktivierung des Fermentes bedingt ist. — Natürliche Reaktionssysteme sind keine geschlossenen, da aus ihnen die Endprodukte ständig entfernt werden — durch Weiterverarbeitung und durch Ausscheidung. Es handelt sich stets um Kettenprozesse; in der Kette herrscht eine feste Ordnung der Reaktionsgeschwindigkeiten (intermediärer Zuckerhaushalt), bedingt durch Einwirkung der Fermentprodukte auf das Ferment. — Durch Untersuchung der Reaktionskinetik der Invertierung und Gärung von Hefe wird der Mechanismus der Einwirkung der Produkte auf das Ferment aufgeklärt. Die Anwendung dieser Begriffe wird durch Untersuchungen über die Endstadien des Eiweißumsatzes und an dem Beispiel des Nukleinstoffwechsels erläutert.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

29. **Ein neues Pflanzensekretin;** von W. Eisenhardt. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 23. S. 153.)

E. berichtet über Einspritzungen mit Spinatsaft bei Versuchstieren, wodurch eine stärkere Magensaftabsonderung erzielt wurde. Da Abszesse und Hautnekrosen entstanden, wurde ein alkoholischer Extrakt und ein Dialysat hergestellt. Es zeigten sich Vergiftungserscheinungen. E. glaubt diese auf die im Spinat vorhandenen Mengen Kalium und Magnesiumsalze beziehen zu sollen.

Als saftanregend wurde eine Komponente der Arginin-Histidinfraktion erkannt; welche, mußte indes noch dahingestellt bleiben.

Cordes (Berlin).

30. **Maßanalytische Bestimmung des Chlors in Lebensmitteln usw. ohne Veraschung der Stoffe auf nassem Wege;** von A. Weitzel. (Arb. a. d. Kais. Ges. Bd. 50. S. 397. 1917.)

Es gelingt, die organische Substanz von Lebensmitteln usw. mit Salpetersäure oder 10% Kalilauge derart aufzuschließen, daß in dem so verflüssigten Material die maßanalytische Bestimmung der Chloride (Titration mit Silbernitrat und Rhodanammonium unter Zusatz von Ferriammoniumsulfat) ohne Schwierigkeit vorgenommen werden kann. Auf diese Weise läßt sich die Veraschung umgehen. Es werden einige Beispiele für diese Untersuchungsmethode mitgeteilt.

Koenigsfeld (Freiburg).

31. **Eiweißnachweis mit Chlorkalklösung und Salzsäure;** von Potjan und Steffenhagen. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 530.)

4—5 ccm 5proz. Chlorkalklösung werden mit 2 Tropfen reiner Salzsäure versetzt, darauf läßt man vorsichtig unter Vermeidung von Schaumbildung einige Centimeter Harn hinzufließen. Bei Anwesenheit von Eiweiß bildet sich sofort eine bläulich-opaleszierende Trübung. Auch getrübte Urine brauchen nicht filtriert zu werden, da die Opaleszenz stets deutlich und unverkennbar hervortritt. Die Reaktion fiel noch positiv aus bei 100facher Verdünnung eines Harns von 3‰ Eiweißgehalt.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

32. **Zur Prüfung der Fäzes auf Erepsin;** von F. W. Hofmann. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 775.)

H. beschreibt sein Vorgehen zur Auffindung des Erepsins in den Fäzes. Das Erepsin gibt Anhaltspunkte über die Theorie chronischer Magen- und Dünndarmkatarrhe sowie beim Magengeschwür. Ein Erepsindefizit fand sich häufig bei Carcinoma oesophagi, ventriculi, Diabetes, Schrumpfniere.

Cordes (Berlin).

33. **Über die Bestimmung der Azidität im Harn;** von R. Weiß. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 709.)

Aus der *titrierbaren Azidität des Harnes* läßt sich schließen, ob abnorm hohe (Diabetes, wenn Leber und Nieren überarbeitet sind) oder abnorm niedrige (Nephritis) Säuregrade vorliegen. *Nur bei vollständiger Verbrennung ist eine normale Azidität möglich.* — Die Säurebestimmung im Harn muß an der Tagesmenge ausgeführt werden; der Säuregrad soll in einer Zahl

ausgedrückt werden, die den Säuregrad im Verhältnis zur Tagesmenge angibt. Er wird angegeben durch die Anzahl Cubikcentimeter, $^{1}/_{10}$ N-Natronlauge, die 100 ccm Harn neutralisieren (Phenolphthalein). Als normal sind für 1500 ccm Harn die Zahlen 45 000 bis 50 000 anzunehmen (Abbildung eines Harnazidimeters). Ebenso läßt sich die Alkalität in alkalischem Harn finden. Der Apparat ist auch für die Bestimmung der Azidität des Speichels zu verwenden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

34. **Über die Bedeutung des Basen-Säureverhältnisses im Harn und die Ermittlung desselben;** von E. Salkowski. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 10. S. 232.)

Ausgehend von seiner Beobachtung am Kaninchen, bei dem er feststellte, daß durch gegebene Mineralsäuren dem Organismus Alkali entzogen wird und das Tier eventuell daran zugrunde geht, beschreibt S. unter Zugrundelage der einschlägigen Versuche sein Verfahren, die sämtlichen Basen und Säuren im Harn zu bestimmen. Die sehr ausführliche Darstellung ist zur Wiedergabe im Referat nicht geeignet.

Cordes (Berlin).

35. **Eine einfache neue Gallenfarbstoffreaktion;** von Kallós. (D. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 751.)

5—8 ccm Harn erhalten 1—2 ccm diluierte Salzsäure, alsdann 2—3 Tropfen 0,5proz. Kalium- oder Natrium nitrosum-Lösung zugesetzt. Die Flüssigkeit wird je nach Menge des Gallenfarbstoffes blaß- bis olivgrün. Andere chemische Körper ergaben die Reaktion nicht.

Cordes (Berlin).

36. **Weitere Beiträge zur Blutzuckerfrage;** von J. Löwy. (Zentralbl. f. inn. Med. 1917. Nr. 21. S. 329.)

Parenterale Zufuhr von Eiweiß (Injektion von Pferdeserum) steigerte in einem Falle den Blutzuckergehalt von 0,157 auf 0,180. Als Ursache wird eine Reizung des sympathischen Nervensystems angenommen. Die Steigerung der Hyperglykämie durch Adrenalin belief sich von 0,147 auf 0,239. Bei einem Falle von Tetanie konnte nach Auslösung des Trousseauschen Phänomens eine schnell vorübergehende Hyperglykämie festgestellt werden. Interessant ist ferner die Mitteilung eines Falles von Diabetes mit 5—6% Zucker, der nach Akquirierung einer Lungentuberkulose zur Ausheilung kam; autoptisch fand man eine mäßige Atrophie des Pankreas. Beim Coma diabetic. ist der Zuckergehalt des Liquor erhöht; außerdem findet sich in ihm Azeton und Azetessigsäure.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

37. **Die Ausnutzung synthetischer Fettsäureäthylester beim Menschen und beim Hund.** Vorläufige Mitteilung von H. H. Franck. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 9.)

Die Versuche bei technischen Talgfettsäureestern ohne anderen Fettzusatz ergaben eine Mindestausnutzung von 96%, in 40proz. Gemischen mit Rindertalg 48—49% beim Hunde und in 30proz. Gemischen mit Rindertalg beim Menschen 93—95% ohne irgendwelche Störung.

Cordes (Berlin).

V. Mikrobiologie und Serologie.

38. **Silberaffinitätsunterschied zwischen lebenden und toten Bakterien;** von A. Nyfeldt. (Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 2. H. 1 u. 2. Nr. 6.)

Da die Schwärzung der Haut durch $AgNO_3$ sowohl bei Licht als auch im Dunkeln stattfindet, also eine rein photochemische Wirkung nicht sein könne, vermutete N., daß möglicherweise nur abgestorbene Zellen durch das Silbersalz geschwärzt werden. Untersuchungen an verschiedenen Bakterien bestätigten diese Annahme. Alle toten Bakterien erwiesen sich Ag-positiv alle lebenden Ag-negativ.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

39. **Über die Wirkung von Röntgenstrahlen auf Trypenosoma Brucei;** von F. Blumenthal. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 38. S. 918.)

Aus 17 Versuchen konnte B. irgendeinen nennenswerten Einfluß der Röntgenstrahlen auf Trypanosomen nicht feststellen. Auch im infizierten Tierkörper sei deutlich nachweisbar. Kadner (Dresden-Loschwitz).
die Wirkung der Strahlen auf Trypanosomen nicht

40. **Über die Wirkung von Metallen auf Bakterientoxine;** von A. Baumgarten und A. Luger. (Wien. med. Woch. 1917. S. 1259.)

Diphtherie- und Tetanusgift wird durch 3—8tägigem Kontakt mit Kupfer in seiner Giftwirkung sehr stark abgeschwächt. Im Hinblick auf die im allgemeinen größere Empfindlichkeit der toxophoren Gruppe gegenüber äußeren Einflüssen erscheint es möglich, daß es sich um eine elektive Schädigung derselben handelt und nicht um eine vollständige Destruktion der Gifte.

Koenigsfeld (Freiburg).

41. **Über die Reinzüchtung pathogener Anaerobier (Fraenkelscher Gasbazillus, Bazillen des malignen Ödems);** von J. Zeißler (D. med. Woch. 1917. S. 1507.)

In Fortführung früherer Versuche konnte Z. bestätigen, daß eine Menschenblut-Traubenzucker-Agarplatte der beste Nährboden für die Züchtung und Differenzierung der Gasbrandbazillen ist.

Koenigsfeld (Freiburg).

42. **Eine neue Gruppe von diphtherieähnlichen Stäbchen;** von J. L. Burckhardt. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. S. 1517.)

Beschreibung von Stäbchen, die in ihrer Jugend morphologisch, kulturell und serologisch fast ganz den echten Diphtheriebazillen gleichen, aber nach einiger Zeit zu längeren und unregelmäßigen fadenartigen Bakterien auswachsen. Sie sind im Tierversuch avirulent.

Koenigsfeld (Freiburg).

43. **Beitrag zum Studium der Hämolyse durch Vibrionen, zur Differenzierung der Choleravibrionen von anderen Vibrionen;** von S. Wolman. (Wien. klin. Woch. 1917. H. 35. S. 1105.)

El Tor- und andere Vibrionen erzeugen in Ziegenblutagarplatten innerhalb 24 Stunden Aufhellung; Choleravibrionen entweder gar nicht oder erst nach 24 Stunden. In Bouillonkulturen produzieren nur El Tor-Vibrionen lösliche Hämotoxine, niemals Choleravibrionen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

44. **Das Absinken der Typhus-, Paratyphus-, Kolibazillen und das Kuhnsche**

Verfahren des Typhusnachweises im Stuhl; von E. Jennicke. (D. med. Woch. 1917. S. 813.)

Tierkohle besitzt nicht die Eigenschaft, das Absinken der Typhus- und Paratyphus-Bazillen in elektiver Weise zu beeinflussen. Kolibazillen sinken mit und ohne Kohle im gleichen Verhältnis ab wie Typhusbazillen, vielfach sogar schneller, da anscheinend die Eigenbewegung des Typhus dem Absinken in geringem Grade entgegenzuwirken scheint. Bolus alba bewirkt infolge ihrer größeren Dichtigkeit und Schwere eine stärkere Ausfällung der Bakterien als Tierkohle; es konnte aber nicht festgestellt werden, daß Bolus alba sich in besonderer Weise der Paratyphusbazillen bemächtigt. Koenigsfeld (Freiburg).

45. **Gleichzeitige Infektion mit Dysenteriebazillen und Dysenterieamöben;** von W. Fischer und Dold. (D. med. Woch. 1917. S. 1258.)

Ohne daß eine systematische Untersuchung gemacht worden war, konnte bei 7 Fällen von Amöbenruhr in Shanghai gleichzeitig bazilläre Ruhr festgestellt werden, und zwar in 4 Fällen Shiga-Kruse-, in 2 Fällen Flexner- und in 1 Fall Y-Ruhr. F. u. D. schließen daraus, daß in Gegenden, wo beide Erkrankungen häufig sind, auch gleichzeitige aktive Infektionen mit Dysenteriebazillen und Dysenterieamöben nicht selten vorkommen.

Abgesehen von dem Versagen der üblichen Amöbenruhrtherapie soll ein abnormer Leukozytengehalt der Amöbenruhrstühle einen wertvollen Hinweis auf eine eventuell gleichzeitig bestehende bazilläre Ruhr bieten. Koenigsfeld (Freiburg).

46. **Über den Erreger der galizischen Ruhr;** von H. Popper. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1413.)

Als Erreger wird eine besondere Amöbenart beschrieben, der P. den Namen Entamoeba dysenteriae europaeae beilegt. Die Amöbe unterscheidet sich morphologisch von der Amoeba histologica (Schaudinn) und der nicht pathogenen Amoeba coli (Loesch), und zwar durch Größe, Anordnung des Ento- und Ektoplasma, Lichtbrechungsvermögen und lebhaftere amöboide Beweglichkeit. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

47. **Über eine Modifikation der Ehrlichschen Indolreaktion in Bakterienkulturen;** von W. Nowicki. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 983.)

Zu einer Kultur, die etwa 8—10 ccm Pepton als Nährboden hat, werden 1 ccm Ehrlichsches Indol-Reagens — Paradimethylamidobenzaldehyd —, darauf 2 Tropfen 40proz. Formaldehydlösung zugefügt und umgeschüttelt. In wenigen Sekunden bzw. Minuten tritt bei Anwesenheit von Indol eine deutliche rotviolette Färbung auf, welche durch Zusatz von Alkohol zur kolorimetrischen Bestimmung geeignet gemacht werden kann. Diese Modifikation ist sehr empfindlich und ermöglicht die sehr frühe Feststellung auch minimaler Indolbildung. Koenigsfeld (Freiburg).

48. **Über die Organisation der Ausführung der Wassermannschen Reaktion;** von L. Berczeller. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1081.)

Eine Verbesserung der Resultate der Wassermannschen Reaktion ist nicht durch Annahme einer der jetzt gebräuchlichen Methoden, sondern nur durch organisierte Untersuchungen und Benutzung der Mikromethode zu erreichen. Brauns (Dessau).

49. **Die Originalmethode der Wassermannschen Reaktion und die quantitative Methode nach Kaup;** von Th. Blanck. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 1324.)

An einer größeren Anzahl Sera wurden vergleichende Untersuchungen mit der Wassermannschen Originalmethode und der Kaupschen quantitativen Methode angestellt. Es ergab sich, daß die letztere Methode empfindlicher ist und besonders in klinisch zweifelhaften Fällen, in denen die Originalmethode vollständig versagt oder schwankende Resultate ergibt. Die Kaupsche Methode ist für die klinische Diagnostik vorzuziehen. Koenigsfeld (Freiburg).

50. **Eine einfache und Meerschweinchen ersparende Methode zur Komplementgewinnung;** von H. Bontemps. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 1329.)

Nach einem Hautschnitt durch die Ohrvenen wird ein Glassaugkolben auf das Ohr der Meerschweinchen gesetzt und an die Wasserstrahlluftpumpe angeschlossen. Auf diese Weise kann man von demselben Tier wiederholt 12—15 ccm Blut erhalten. (Die Methode ist, auch in der Kombination mit der Luftpumpe, keineswegs neu, sondern wurde schon vor einer einer Reihe von Jahren, wenn sich Ref. recht erinnert, im Zentralbl. f. Bakt. angegeben. Ref. hat die Methode schon seit mehreren Jahren benutzt.) Koenigsfeld (Freiburg).

51. **Zur Chemie der serologischen Luesreaktionen;** von E. Herzfeld und R. Klinger. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 1486.)

Bei allen Fällungsreaktionen in luetischen Seris handelt es sich um den Nachweis stark labiler Globuline. Die pathologische Veränderung des Blutes ist hierbei nicht eine qualitative in dem Sinne, daß chemisch neuartige Stoffe auftreten, wie sie im normalen Blut nicht vorkommen. Es handelt sich vielmehr bloß um eine Vermehrung derjenigen Eiweißteilchen, welche sich durch ihre niedrige Dispersität und die geringe Löslichkeit ihrer Oberflächen auszeichnen und daher fällenden Eingriffen gegenüber besonders empfindlich sind. Koenigsfeld (Freiburg).

52. **Über kombinierte Eiweiß-Säureagglutination, insbesondere zur Unterscheidung von Koli- und Ruhrbazillen;** von L. Michaelis. (D. med. Woch. 1917. S. 1506.)

Kolibazillen, die im Gegensatz zu den Bazillen der Typhus- und Paratyphusgruppe durch Säure nicht agglutinabel sind, werden es sofort, wenn man der Aufschwemmung der Kolibazillen eine Spur irgendeines Eiweißkörpers hinzufügt. Ruhrbazillen dagegen sind ohne und mit Eiweißzusatz nicht durch Säure agglutinabel. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um eine Gruppenreaktion. Koenigsfeld (Freiburg).

53. **Bemerkungen zu C. Brucks neuesten sero-chemischen Untersuchungen;** von H. Kämmerer. (D. med. Woch. 1917. S. 1388.)

K. erklärt die Bruckschen Versuche — Ausfällung von Eiweiß aus inaktivierten luetischen Seris nach Zusatz von Milchsäure — mit bekannten Sätzen aus der Eiweißchemie. Durch das Inaktivieren auf 56° wird ein Teil des Serumeiweißes denaturiert, gleichzeitig nimmt die Serumalkalinität zu. Das denaturierte Eiweiß verbindet sich mit dem Serumalkali zu Alkali-

albuminat. Durch den Zusatz der Säure entsteht zunächst mit dem Serumalkali Salz. Sobald bei weiterem Säurezusatz saure Reaktion eintritt, fällt das denaturierte Eiweiß infolge der Gegenwart des Salzes aus. Der Eintritt dieser Eiweißfällung hängt von der Alkalinität, der Hydroxylionenkonzentration, des Serums ab. Es wäre möglich, daß durch Syphilis eine Denaturierung des Serumeiweißes hervorgerufen wird. So käme vielleicht der Bruckschen Reaktion eine spezifische Bedeutung zu. Koenigsfeld (Freiburg).

VI. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

54. **Über das Wesen der Typhusimmunität;** von L. v. Liebermann und D. Acél. (D. med. Woch. 1917. S. 867.)

Die Immunität eines Organismus geht nicht mit den bekannten Veränderungen des Blutserums nach natürlicher oder künstlicher Infektion (Immunisierung) parallel und hört nicht mit dem Verschwinden derselben in allen Fällen auf. Die Sera vor längerer Zeit immunisierter Meerschweinchen, deren bakterizider Titer dem nicht immunisierter Tiere entspricht, unterscheiden sich auch in ihrer Schutzwirkung kaum oder doch nur unbedeutend von Normalsera, geben also keine genügende Erklärung für die trotzdem bestehende hohe Immunität solcher Tiere. Unter dem Einfluß einer Reinfektion bei schon vor längerer Zeit gegen Typhus immunisierten und tatsächlich (relativ) immunen Tieren, deren Sera keine bemerkenswerten bakteriziden usw. Eigenschaften mehr besitzen, findet ein Wiedererscheinen der sogen. Immunkörper statt; sie erscheinen aber so spät — erst nach mehreren Tagen —, daß sie für die Abwehr der tödlichen Infektion, die bei normalen Tieren den Tod schon innerhalb 24 Stunden sicher herbeiführt, nicht mehr in Betracht kommen. Aus all dem folgt, daß die Immunität nicht in einem Prozeß begründet ist, der sich im Blute abspielt. Für die Erklärung der trotz des Verschwindens der bekannten Schutzstoffe aus dem Blute weiter bestehenden Immunität bleibt demnach nichts anderes übrig als die Annahme einer zellularen oder Gewebsimmunität, da auch eine bakteriotrope oder opsonische Wirkung solcher Sera nicht festzustellen ist. Es sind keine Anhaltspunkte dafür zu finden, daß die Gewebe vor längerer Zeit immunisierter Tiere mehr festsitzende Rezeptoren enthalten als die normaler Tiere. Die Gewebsimmunität stellt nichts anderes dar als eine Funktion des lebenden Protoplasmas, die als eine an das Leben gebundene chemische Reaktion aufgefaßt werden kann, bei der durch Wechselwirkung von Bakteriengift und Protoplasma bestimmte Produkte, die sogen. Immunkörper entstehen. Koenigsfeld (Freiburg).

55. **Rotzinfektion und deren Verhütung;** von J. Marcuse. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 8. S. 185.)

Beschreibung eines einschlägigen Falles von akuter Rotzinfektion und Rotzsepsis bei einem Tierarzt, der sich bei der Sektion eines rotzkranken Pferdes infiziert hatte. Der Tod trat 12 Tage nach der Infektion ein. Brütt (Hamburg-Eppendorf.)

56. **Ein Fall von Maul- und Klauenseuche beim Menschen;** von A. Schoßberger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 816.)

Sch. beschreibt einen dieser seltenen Krankheitsfälle und betont, daß sämtliche Schleimhäute durch das Krankheitsvirus angegriffen waren, sowie daß die *Prognose sehr ernst* zu stellen ist.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

57. **Über die Permeabilität der Meningen bei Fleckfieber (Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion);** von A. Felix. (Med. Klin. 1917. Nr. 18. S. 501.)

F. sucht zu zeigen, daß die positive Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion im Liquor von Fleckfieberkranken das Bestehen einer erhöhten Durchlässigkeit der Meningealgefäße anzeigt. — Die Hämolysinreaktion trat zu Anfang der zweiten Krankheitswoche auf und erreichte ungefähr mit der Entfieberung ihr Maximum, um dann abzunehmen. Zwischen Stärke der Permeabilität und Schwere der Erkrankung bestand kein Zusammenhang. Kadner (Dresden-Loschwitz.)

58. **Een geval van intrameningeale bloedingen, het beeld van meningitis vertoonend;** door P. B. Westerhuis. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 8. S. 702.)

Kasuistisch. Bei einem jungen Manne aus gesunder Familie, der niemals vorher krank war, vermutlich keine Syphilis durchgemacht hatte (Wassermann negativ), traten mit Pausen von einigen Tagen oder Wochen intrameningeale Blutungen auf, die klinisch das Bild einer Meningitis gaben mit geringer kurz dauernder Temperaturerhöhung. Nach wiederholten Lumbalpunktionen trat völlige Heilung ein. Mikroorganismen wurden im Lumbalpunktat bei wiederholter Untersuchung niemals gefunden. Die Erklärung dieser Blutungen hat W. nicht gefunden.
Lamers (Herzogenbusch).

59. **Zur Epidemiologie des Kropfes;** von A. Cemach. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 26. S. 813.)

C. sah in *Wien* 1915 und 16 bei Kriegsflüchtlingen aus der Bukowina *gehäuftes Auftreten akuter Strumen* — 52 Fälle. *Alle waren in der Heimat kropffrei und erkrankten erst in Wien,* ein bis fünf Monate nach der Ankunft. 2 Fälle sind besonders bemerkenswert: 1. 40jährige Frau bekam nach Niederlassung in Wien Struma, die trotz Jodtherapie bestehen blieb, aber nach Rückkehr (Stanislau) ohne Medikation verschwand, später in Wien aber wieder auftrat; 2. Mutter kam mit 7 Kindern nach Wien; die Kinder wurden alsbald kropfkrank, nicht die Mutter. — Auffallend war die starke Beteiligung männlicher Patienten und höherer Altersklassen an der Erkrankung. — Bei der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um einfache Hyperämie, nur bei wenigen war das Bild der follikulären Hypertrophie vorhanden. In einem Falle (19jähr. Mädchen) bestand Zystenkropf. — Für die Ätiologie gab die Beobachtung keine Ausbeute. Nur bei 2 weiblichen Befallenen war eine Häufung von Degenerationszeichen zu beobachten.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

60. **Beitrag zur Frage der Verteilung des Blutzuckers auf Körperchen und Plasma beim menschlichen Diabetes;** von W. Stepp. (D. Arch. f. klin. Med. 1917. Bd. 124. S. 199.)

Bei 9 Diabetikern wurde 16 mal der Zucker gleichzeitig im Gesamtblut und im Plasma bestimmt. Meist lagen die Zuckerwerte im Plasma etwas höher als im Gesamtblut. Bei einem Fall mit anfangs sehr hohem Zuckergehalt des Blutes sank während der Entzuckerung der Plasmazucker stärker ab als der Zucker im Gesamtblut und erst nach einiger Zeit stellte sich das alte Verhältnis (höherer Wert im Plasma als im Ge-

samtblut) wieder her. In einem Fall war der Zuckerwert im Plasma fast doppelt so hoch wie im Gesamtblut, sodaß man hier völlige oder doch fast völlige Zuckerfreiheit der Blutkörperchen annehmen mußte. Bei der Hyperglykämie nach Suprarenin und dem experimentellen Pankreasdiabetes war der Plasmazucker höher als der Gesamtblutzucker. Kankeleit (München).

61. **Blutzucker und Restkohlenstoff beim Diabetes mellitus des Menschen und beim experimentellen Diabetes;** von W. Stepp. (D. Arch. f. klin. Med. 1917. Bd. 124. S. 177.)

Beim menschlichen Diabetes zeigt der Restkohlenstoff des Blutes ein sehr verschiedenes Verhalten. In der Mehrzahl der Fälle steigt er nicht zu den Werten an, die sich nach der Berechnung des auf den erhöhten Blutzucker entfallenden Kohlenstoffes ergeben. In anderen Fällen entspricht die Steigerung des Restkohlenstoffes der Hyperglykämie ziemlich genau und in wieder anderen ist der Kohlenstoff viel stärker vermehrt, als der erhöhte Blutzucker erwarten läßt. Beim experimentellen Diabetes (Adrenalin- und Pankreasdiabetes) konnte nur an einem Versuch (nach Injektion von Adrenalin) die unerwartet geringe Steigerung des Restkohlenstoffes beobachtet werden. Sonst war beim Adrenalindiabetes die Erhöhung des Kohlenstoffes dem Zuckerzuwachs entsprechend, beim Pankreasdiabetes war sie außergewöhnlich hoch. Kankeleit (München).

62. **Über den Arthridismus des Klimakteriums und seine Behandlung;** von H. Rosin. (Ther. d. Gegenw. 1917. H. 3. S. 81.)

Symptomatologie einer bestimmten Gruppe von Gelenkaffektionen, deren Pathogenese im klimakterischen Abbau zu suchen ist und die auf Atrophie und Dystrophie der distalen Enden des Bewegungsapparates bestehen. Sie treten z. B. als Heberdensche Knoten an den Fingern auf. Hiermit verbunden sind eigenartige Störungen der Sensibilität und der Zirkulation; weniger eigentliche Schmerzen, als Verminderung des Tastgefühls und der Fähigkeit koordinierter Bewegungen (Klammheit). Dieser Krankheitsprozeß hat mit Gicht nichts zu tun; daher ist eine diätetische Behandlung zwecklos. Empfehlenswert hingegen Massage, Bäder, Gymnastik, Jod und Arsen, auch Ovariumpräparate sind zu versuchen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

63. **Über primäre nichteitrige Polymyositis;** von Kankeleit. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 120. S. 335.)

Von der 1887 von Wagner, Hepp und Unverricht zuerst beschriebenen Polymyositis sind bisher nur wenige Fälle mit Krankengeschichte, Obduktionsbefund und bakteriologischen Daten mitgeteilt. Bei dem vom Verfasser beschriebenen Fall zeigte sich klinisch derbe Schwellung und Schmerzhaftigkeit fast der gesamten Muskulatur, sodaß schließlich der ganze Körper steif wurde, außerdem ein Erythem, Schweiße, Haarausfall, subfebrile Temperaturen. Nach sechsmonatlicher Dauer führte die Krankheit unter Schluck- und Atembeschwerden zum Tode. Die Sektion ergab bezüglich der Muskulatur eine starke Durchfeuchtung, Trübung und fahle, graurote, fleckige Verfärbung. Histologisch fanden sich die verschiedensten Grade von parenchymatöser Degeneration. (Aufhebung der Querstreifung, Längsstreifung, Trübung, Quellung, Vakuolisation, Verfettung, Vermehrung der Keime.) Bemerkenswert war der Befund von wahrscheinlicher Kalkablagerung in der Schlundmuskulatur. Die interstitiellen Veränderungen bestanden in Rundzellenanhäufungen besonders um die Gefäße.

Die bakteriologische Blutuntersuchung ergab Staphylococcus pyogenes aureus. Differentialdiagnostisch kam vor allem Trichinose in Betracht, dann Polyneuritis, die rheumatischen Affektionen und die Muskelatrophien. Autoreferat.

64. **Die chronische Lymphozytose im Blutbild als Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit;** von C. Moewes. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 120. S. 183.)

M. gibt einen Überblick über die Literatur der Lymphocytose in ihren Beziehungen zu Störungen der Organe mit innerer Sekretion, des viszeralen Nervensystems, dann aber auch zu verschiedensten anderen Erkrankungen. Er berichtet über eigene Untersuchungen bezüglich der Lymphocytose bei Habitus asthenicus, bei Zeichen von Lymphatismus und bei neurotischen Störungen. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Lymphocytose des Blutbilds als Dauerzustand, nicht als isolierte und vorübergehende Störung morphologischer oder funktioneller Natur eines bestimmten Organes oder Organsystems aufgefaßt werden kann, daß sie sich bei allen Erkrankungen findet, die zurückzuführen sind auf eine allgemeine Schädigung, eine Minderwertigkeit des Gesamtorganismus. Kankeleit (München).

65. **Beitrag zur Kenntnis der akuten Leukämien;** von R. Lampé. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 120. S. 227.)

L. teilt die Krankengeschichten und Sektionsbefunde von drei Fällen von akuter lymphatischer Leukämie mit. Bei der rasch zum Tode führenden Krankheit wurden in allen drei Fällen Erreger im Blute gefunden (einmal sogenannte Kapselbazillen, in den andern beiden Fällen Staphylokokken). Die klinischen Diagnosen wurden durch die Sektion bestätigt. Diese Befunde sprechen gegen die Anschauung, daß die akuten Leukämien fast stets myeloblastisch seien. Kankeleit (München).

66. **Glomerulo-Nephritis oder vaskuläre Nephritis?** von Aufrecht. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 122. S. 1—10.)

Nach den Untersuchungen A.s besteht bei allen zur Glomerulo-Nephritis gerechneten Prozessen eine Erkrankung der Vasa afferentia, gleichgültig welche Ursache für die Krankheit zugrunde gelegen hat. Bei Berücksichtigung der übrigen Faktoren des Prozesses kommt A. zu dem Ergebnis, daß es sich bei den Glomerulo-Nephritiden nicht um eine primäre Glomerulitis handle, sondern um eine primäre Affektion der Vasa afferentia, um eine primäre vaskuläre Nephritis. Diese Auffassung biete auch eine Erklärung des Wesens der arteriosklerotischen Schrumpfniere.
Kankeleit (München).

67. **Ein Fall von Aneurysma der Arteria vertebralis;** von Lutz. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 19. S. 455.)

Fallgeschichte. Die vorgenommene Operation des Aneurysmas, die eine Unterbindung der Arteria vertebralis ausführte, verursachte keinerlei Störungen von seiten des Gehirns. Cordes (Berlin).

68. **Anatomische und histologische Untersuchungen über die Beziehungen der Vorhofsganglien zu dem Reizleitungssystem des Katzenherzens;** von G. Eversbusch. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 120. S. 367.)

E. hat an Serienschnitten und Modellrekonstruktion die Beziehungen zwischen Reizleitungssystem und Nervensystem des Katzenherzens eingehend untersucht. Es ergab sich, daß enge Beziehungen zwischen den am Kavatrichter und in der Vorhofsscheidewand an-

geordneten Ganglien und der spezifischen Muskulatur des Sinus- wie des Atrioventrikularknotens bestehen.

Außerdem sind im oberen Abschnitt der Vorhofsscheidewand ebenso wie zwischen Aorta und Pulmonalis reichliche Ganglienmassen vorhanden, die mit den Vorhöfen und Kammern in Verbindung stehen.

Kankeleit (München).

69. **Ein sehr seltener Fall gutartigen Lungentumors;** von L. Edling. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 25. 1917.)

Röntgenologisch bestand folgender Befund: „Im unteren Teil des linken Lungenfeldes, zwischen Herz und lateraler Thoraxwand, erscheint ein ungefähr mandarinengroßer Schatten von regelmäßiger Eiform und starker gleichförmiger Dichte, dessen Ränder überall vollkommen scharf und glatt verlaufen. Bei Drehung in verschiedenen Ebenen wird es klar, daß der Schatten etwas vor dem seitlichen Teil des Herzens liegt und sich der Brustwand ungefähr in der vorderen Axillarlinie nähert; getrennt wird er jedoch von beiden durch einen schmalen Streifen lufthaltigen Gewebes. Der Luftgehalt der umgebenden Lunge ist überall normal. Der Schatten zeigt keine Pulsation, keinen Zusammenhang mit dem Mediastinum. Herzschatten etwas nach links vergrößert, sonst unverändert, desgleichen Aortenschatten. In der oberen Brustapertur kein pathologischer Schatten. Form und Bewegung des Zwerchfells ergeben nichts Besonderes." Nach 11 Monaten hatte der Schatten an Größe um das Doppelte zugenommen, aber dieselbe ovoide Form behalten. Der Tumor hatte sich jedoch dem linken Herzrand etwas genähert und dieser schien etwas eingebuchtet. Wassermann wurde nicht gemacht, im Blut bestand keine Eosinophilie. Die Operation ergab einen steinharten Tumor, der vollständig enukleiert werden konnte. Pat. wurde geheilt entlassen. Das Geschwulstgewebe bestand aus Knorpel und einzelnen Verkalkungen und einem gelblichen fettartigen Gewebe. Der komplizierte organoide Bau des Tumors zeigte dessen Herkunft aus einem versprengten Lungenkeim an. E. bespricht die differential-diagnostischen, klinischen und röntgenologischen Merkmale zwischen dieser Art benignen Lungentumors und der Echinokokkusblase.

Kautz (Hamburg-Eppendorf).

70. **Kongenitale Duodenalatresien;** von W. Odermatt. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 507. 1917.)

Mitteilung zweier tödlich verlaufener Fälle. Im ganzen sind etwa 200 Fälle bekannt geworden, aber viele Fälle werden verkannt. O. nimmt eine einheitliche Genese an. Tandler fand beim Menschen vom 30.—45. Tage im Duodenum das Vorhandensein eines vorübergehenden Verschlusses des Lumens durch Verklebung des wuchernden Darmepithels. Erst am 60. Tag ist die normale Lichtung wieder hergestellt. Analoge embryonale Atresien ließen sich auch im Rektum und im Ösophagus nachweisen. Diese Okklusionen können unter Umständen fortbestehen. — Klinisch steht das unstillbare Erbrechen — je nach hohem oder tiefem Sitz des Verschlusses sofort oder längere Zeit nach der Mahlzeit — obenan. Die Magendarmpartien oberhalb des Hindernisses steifen sich, der Puls wird klein und frequent. Urinausscheidung stark vermindert. Per rectum entleert sich nur wenig Mekonium, das Gewicht nimmt stets ab, das Kind fällt in Kollapszustand und geht an Inanition oder Schluckpneumonie zugrunde. Systematische Untersuchung ist nötig, auch um den Sitz der Stenose zu bestimmen. Völliges Fehlen von Wollhaaren im Mekonium ist ein sicheres Zeichen eines vor dem 5. Embryonalmonat entstandenen völligen Darmverschlusses. Die Diagnose wird unterstützt durch das gleichzeitige Fehlen von Plattenepithelien und Nahrungsbestandteilen (Fetttröpfchen) nach dem 3. Tage. Es wird noch auf die Differenzialdiagnose eingegangen. Beim Versagen der inneren Therapie rechtzeitige Laparotomie. Gastro- resp. Duodenoenterostomie. Zwei so geheilte Fälle werden mitgeteilt. Klien (Leipzig).

71. **Über die normale und abnormale Entwicklung der extrahepatischen Gallenwege;** von J. Rietz. (Nord. med. Ark. Bd. 50. H. 1. Nr. 20. 1917.)

Auf Grund seiner eingehenden Studien ist R. zu folgenden Hauptergebnissen gekommen: 1. Die Gallenblase ist ein fast allen Vertebraten zukommendes Organ, das immer sehr früh und in der Hauptsache in gleicher Weise angelegt wird. 2. Sämtliche extrahepatischen Gallenwege des Menschen sind von Anfang an hohl, laufen aber in gewissen frühen Embryonalstadien ein solides Stadium durch, um nachher wieder ein Lumen zu bekommen, und zwar erhalten die verschiedenen Teile eine Lichtung in folgender Ordnung: Ductus choledochus, hepaticus, cysticus und zuletzt die Gallenblase. Auch bei gewissen Tieren sind ähnliche Beobachtungen gemacht. 3. Im Zusammenhang mit den Lageveränderungen des Duodenum und des Magens erfährt die Einmündung des Duct. choledochus in den Darm eine Verschiebung, wodurch u. a. der Duct. cysticus die Neigung erhält, sich von hinten dem Hepatikus anzuschließen. 4. Die Valvula spiralis entsteht durch eine Schlängelung des entodermalen Zystikus. 5. Eine solche Klappenbildung kommt außer dem Menschen nur den höheren Affen zu. 6. In früheren Embryonalstadien treten Epithelproliferationen der großen Gallengänge auf, die möglicherweise die Matrix späterer Geschwülste sein können. 7. Die Klappen in dem gemeinsamen Leberpankreasgang in der Papilla Vateri sind im allgemeinen ein bestimmtes Hindernis gegen das Eindringen von Darminhalt in die Gallenwege, nicht nur zusammen mit dem dort befindlichen Sphinkter, sondern auch an und für sich. 8. Bei Tieren ohne Gallenblase kommen während der Entwicklung möglicherweise Rudimente derselben vor. 9. Die kongenitalen Atresien können auf das solide Stadium der Gallenwege zurückgeführt werden. Wagner (Leipzig.)

72. **Die pathologisch-anatomische Begutachtung von Verletzungsfolgen an inneren Organen;** von T. Dietrich. (Med. Klin. 1917. Nr. 29. S. 777.)

D. betont, daß klare Vorstellungen von den pathologisch-anatomischen Veränderungen eine wesentliche Grundlage der ärztlichen Sachverständigentätigkeit sind, nicht nur für die kritische Beurteilung von Todesfällen, sondern auch um ursächliche Beziehungen zu solchen Verletzungen festzustellen.

D. führt diese seine Behauptung dann im einzelnen an Brust-, Bauchorganen usw. durch.

Cordes (Berlin).

73. **Angeborener linksseitiger Ulnadefekt;** von O. Maas. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 10. S. 234.)

Ausführliche Fallgeschichte mit Abbildungen (Röntgenbildern). Es handelt sich um einen geistig minderwertigen Menschen, bei dem neben deutlicher Unterentwicklung der linken Gesichtshälfte, unsichere der linken Unterextremität und mangelhafter Entwickelung der sekundären Geschlechtszeichen, Fehlen des größeren Teiles der unteren Ulna und pathologische Stellung und Form des Radius vorlag. Cordes (Berlin).

74. **Todesfälle durch therapeutische Wechselstromanwendung und deren Ver-**

hütung; von H. Boruttau. (D. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 808.)

B. erklärt auf Grund im Original nachzulesender physikalischer und physiologischer Erwägungen es für gefährlich, den Wechselstrom der Anschlußapparate zum Faradisieren durch den menschlichen Körper so zu leiten, daß erhebliche Stromzweige das Herz berühren können. Es sei zuzustimmen, wenn die Fabriken die Anordnung zur Behandlung mit („sinusoidalem") Wechselstrom so treffen, daß mit einer recht niedrigen Spannung schon die Grenze gegeben ist; — — ordentlich fühlbarer Strom soll überhaupt nicht in Form des Wechselstromes angewendet werden, sondern nur als Strom der sekundären Rolle eines mit Unterbrecher arbeitenden, durch schwachen Gleichstrom gespeisten Induktionsapparates. *Zu als „Faradisation" gebräuchlichen Anwendungen sei an jedem medizinischen Anschlußapparato hne Ausnahme ein Schlitteninduktorium anzubringen.* Kadner (Dresden-Loschwitz.)

VII. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

75. **Über die oligodynamische Wirkung von Metallen auf Fermente**; von Baumgarten und A. Luger. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1222.)

Silber sowie Kupfer können bei vorheriger Einwirkung auf Fermente (Diastase, Trypsin) eine deutliche Hemmung der Reaktion hervorrufen. Die gleiche Wirkung zeigen Flüssigkeiten und Glasgefäße, die mit diesen Metallen längere Zeit im Kontakt waren. Die Hemmung des Stärkeabbaues durch Diastase ist ein empfindlicher Indikator für die Prüfung von Flüssigkeiten usw. auf ihre oligodynamische Wirkung. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

76. **Meine Erfahrungen mit Parakodin**; von Pick. (Klin.-therap. Woch. 1917. Nr. 43 u. 44.)

Parakodin, dem weinsauren bzw. salzsauren Salz des dihydrierten Kodeins, kommen vor dem Kodein wesentliche Vorzüge zu: Es zeichnet sich durch verstärkte hustenstillende, erhöhte schmerzstillende und zugleich raschere und länger anhaltende Wirkung bei kleinerer Dosierung aus. Parakodin ruft keine unerwünschten Nebenwirkungen, auch keine Verstopfung hervor. Die Parakodin-Tabletten zu je 0,01 g des weinsauren Salzes werden wegen ihrer kleinen Form auch von empfindlichen Patienten gern genommen. Neuerdings wird das Präparat auch in Ampullen zu je 0,02 g Paracodin. hydrochlor. hergestellt. Die subkutane Anwendung geschieht besonders in solchen Fällen, in denen wegen der Empfindlichkeit des Magens die interne Zuführung der Sedativa nicht in genügenden Mengen vertragen wird. Als Normaldosis genügte die Verabreichung von 3mal täglich 0,01—0,03 g = 1—3 Tabletten, häufig führten auch kleinere Gaben zu zufriedenstellendem Erfolg. Bei Bronchitis und Angina sowie bei reiner Bronchitis wurde Parakodin zusammen mit einem Expektorans verordnet. Außer den erwähnten Indikationsgebieten fand die Verabreichung von Parakodin bei Husten, Pleuritis und Tracheitis statt. Auch hier zeigte sich die Wirkung als durchaus zuverlässig. Parakodin ruft keine Angewöhnung hervor. Bachem (Bonn).

77. **Erfahrungen mit Parakodin-Injektionen**; von Leschke. (Münchn. med. Woch Nr. 40. 1917.)

Die zahlreichen Erfahrungen, die L. mit Parakodin in Tablettenform sowohl in der Klinik als auch in der Privatpraxis sammeln konnte, waren sehr befriedigend. L. hält Parakodin für das zur Zeit beste Mittel gegen Hustenreiz und zieht es wegen seiner nachhaltigen Wirkung auch dem Kodein vor. In Ampullen (1 ccm = 0,02 g Parakodin) bewährte sich das Präparat zur Injektion in den zahlreich vorkommenden Fällen, in denen wegen der Empfindlichkeit des Magens eine Verabreichung per os nicht wünschenswert war oder eine intensivere Wirkung erzielt werden sollte. Wegen seiner allgemeinen sedativen Wirkung wurde Parakodin gern bei schwereren Fällen von Tuberkulose mehrmals täglich subkutan verabreicht, da es nicht die Nachteile des Morphins besitzt. Im ganzen konnte der Eindruck gewonnen werden, daß die hydrierten Doppelverbindungen der Morphinreihe wirksamer und doch verträglicher sind als die einfachen Alkaloide. Bachem (Bonn).

78. **Lumbalpunktion und andere kleine Eingriffe im Paraldehydhalbschlaf**; von M. Löwy. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1582.)

Ein kurzer Beitrag zur Frage der Lumbalpunktion im Paraldehydschlaf; von E. Popper. (Ebenda S. 1583.)

Bei Lumbalpunktionen und kleineren chirurgischen Eingriffen empfiehlt Löwy große Gaben Paraldehyd innerlich: bei Männern 8—10 g und mehr, bei Frauen 6—8 g, bei Kindern 5 g und weniger. Eine Stunde oder später nach dem Einnehmen trat der Zustand eines Halbschlafes ein, in dem die genannten Eingriffe gemacht werden konnten. Das Verfahren eignet sich besonders bei ängstlichen und unruhigen Patienten. Nebenwirkungen pflegen meist zu fehlen.

Auch Popper teilt seine Erfahrungen mit dieser neuen Methode mit; er kam zu dem überraschenden Ergebnis, daß die Kranken sich sehr verschieden verhielten: einige schliefen gut, andere trotz hoher Gaben überhaupt nicht; eine weitere, allerdings kleine, Anzahl war absolut schlaflos vor dem Eingriff (Lumbalpunktion), wurde jedoch nach Entleerung der ersten Tropfen Liquor völlig betäubt; es trat ein tiefer Schlaf ein mit völliger Erschlaffung der Gliedmaßen. Trotz dieses eigentümlichen differenten Verhaltens sieht P. in der Paraldehydwirkung eine brauchbare Methode der Narkose. Bachem (Bonn).

79. **Über Luminal-Exantheme**; von H. Strauß. (Therap. Monatsh. 1917. H. 8. S. 338.)

St. glaubt nach seinen Beobachtungen schließen zu können, daß die selten auftretenden Luminalexantheme vorwiegend bei Herz-, Gefäß- oder Nierenkranken beobachtet werden und empfiehlt deshalb, die „Frage der Luminalempfindlichkeit unter dem Gesichtspunkte des zirkulatorischen und renalen Momentes weiter zu verfolgen". Geppert (Hamburg-Eppendorf).

80. **Morphium und Digitalistoleranz**; von L. Kenéz. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1547.)

Bei einer nicht geringen Zahl von Patienten konnte eine Intoleranz gegen gleichzeitige Verordnung von Morphium und Digitalis festgestellt werden. Besonders war dies der Fall bei Erkrankungen der Aortenklappen, aber auch bei anderen Herzklappenfehlern sowie bei chronischer Nephritis. Dagegen wurde bei Myodegeneratio, Leberzirrhose und Polyserositis die gleichzeitige Verordnung der beiden Mittel gut vertragen. Die Schädigung bestand hauptsächlich in *Erbrechen.* Statt des Morphiums muß daher in ge-

eigneten Fällen ein anderes Narkotikum gegeben werden. Manchmal gelingt es, das Erbrechen dadurch zu verhüten, daß man zwischen Digitalis- und Morphiumgaben mindestens einige Stunden vergehen läßt.

Bachem (Bonn).

81. **Über den Zusammenhang von Digitalis- und Kalziumwirkung;** von O. Loewi. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 31. S. 1003.)

Im Tierversuche kommt die Wirkung der Digitalis nur dann zustande, wenn die Speisungsflüssigkeit des Herzens Kalzium enthält, bzw. der Herzmuskel einen genügenden Kalziumgehalt besitzt. Die Digitaliswirkung zeigt sogar je nach der Kalziumkonzentration quantitative Unterschiede. Kalium, das die Kalziumwirkung aufhebt, wirkt auch der Digitalis gegenüber antagonistisch. Digitalis- und Kalziumwirkung sind in dem Sinne identisch, als Digitalis den Herzmuskel für Kalzium sensibilisiert.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

82. **Über das Verhalten des Chinins im menschlichen Organismus;** von Giemsa und J. Haberkann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1501.)

Die von Teichmann (D. med. W. 1917. S. 1092) u. Neuschlosz (Münchn. med. W. 1917. S. 1217 u. 1284) herausgegebenen Veröffentlichungen regten G. u. H. zur Vornahme quantitativer Untersuchungen an, aus denen geschlossen wird: daß die von Teichmann und Neuschlosz angewandte Prüfung des Harns mittels der Kaliumquecksilberjodidmethode nur für qualitative Untersuchung anwendbar ist. Für quantitative Bestimmungen ist die Isolierung des Alkaloids unentbehrlich. Durch quantitative Bestimmungen ließen bei chiningewöhnten und -nichtgewöhnten Personen gesetzmäßige Unterschiede in der Ausscheidung sich nicht feststellen. Ob die Therapie Teichmanns trotzdem von Nutzen ist, müssen klinische Untersuchungen entscheiden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

83. **Klinische und experimentelle Studien über die Chiningewöhnung des menschlichen Körpers und die scheinbare Chininfestigkeit der Malariaplasmodien;** von F. Teichmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1092.)

Die von vielen Tropenkennern betonte Tatsache, daß die Chininprophylaxe allein nicht ausreicht, um die Zahl der Malariaerkrankungen dauernd wesentlich herabzusetzen, bestätigt T. für den Balkan und die asiatischen Kriegsschauplätze. T. glaubt nicht, daß daran ungenügende Durchführung der Prophylaxe schuld sei, nimmt vielmehr an, daß *besondere Bösartigkeit und Chininrestistenz der Plasmodien* (V. Schilling) dabei eine wichtige Rolle spiele. Der große Chininverbrauch der Bevölkerung habe die Entwicklung chininresistenter Plasmodienstämme begünstigt. Ähnlich habe der Umstand gewirkt, daß das häufige Vorkommen schwerer Enteritis bei Malariakranken zu unvollkommener Chininresorption geführt habe. T. nimmt jedoch an, daß in der langen Ausdehnung der prophylaktischen und besonders der dann unter den besonderen Verhältnissen erforderlichen, über Wochen und Monate ausgedehnten therapeutischen Anwendung des Chinins, welche zu Chiningewöhnung des Körpers und damit zu einer Herabsetzung bis Aufhebung der spezifischen Chininwirkung führen müsse, eine wesentliche Ursache des Versagens der Behandlung zu suchen sei. Harn und Blutuntersuchungen von Chiningewöhnten, verglichen mit solchen bei anderen, zeigten: Bei Chiningewöhnten ist Chinin im Blute zu einer Zeit nicht mehr nachweisbar, wenn bei den anderen noch größere Mengen vorhanden sind. Ferner wird bei Chiningewöhnten weniger Chinin durch den Harn abgesondert. Bei demselben Kranken nimmt die Chininmenge im Harn von Tag zu Tag ab; durch allmähliche Steigerung der Dosen gelingt es, die Ausscheidung nahezu auf gleicher Höhe zu erhalten. Das zurückgehaltene Chinin wurde abgebaut, wahrscheinlich in der Leber. Es werden immer kleinere Mengen zur Wirksamkeit kommen können. Zur keimtötenden Wirkung sei aber ein gewisser „Chininspiegel“ erforderlich, der unter diesen Umständen nicht mehr zu erreichen sei. Dadurch werde eine Chininfestigkeit der Plasmodien vorgetäuscht. T. hält das Nochtsche Kurschema der Chininkur für erfolgversprechend, doch müsse eine allmähliche Steigerung der Chinindosen vorgenommen werden. — Chiningewöhnte Kranke müssen mit intermittierenden Kuren behandelt werden, um den störenden Einfluß der veränderten Reaktion des Organismus zu beseitigen. — In der Tat sah T. davon in den hartnäckigsten Fällen Erfolg. Näheres ist im Original nachzulesen. (Kriegskürzung des Berichtes.)

Kadner (Dresden-Loschwitz).

84. **Die verstärkte Prophylaxe bei Kriegsverletzungen durch Tiefenantisepsis mit Morgenrothschen Chininderivaten;** von R. Klapp. (D. med. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1380.)

K. beschreibt die Wirkungen des Vuzins (Isoktylhydrokuprein) eines Chininderivates, das Streptokokken noch in einer Konzentration von 1 : 80 000 abtötet. Die Desinfektionswirkung kommt auch in eiweißhaltiger Flüssigkeit zustande; das Mittel ist also kein Protoplasmagift. — K. arbeitete mit einer Lösung von 1 : 10 000 und wandte diese nur zur Vorbeugung an, nach sorgfältiger chirurgischer Ausschneidung, nicht nur in Gestalt von Wundspülungen, sondern auch zur Infiltration in die Wunde selbst und ihre Umgebung, womit die Infektionserreger wirklich getroffen werden konnten. Diese Tiefenantisepsis „hat in der Vorbeugung zu so hervorragenden Resultaten geführt, wie sie bisher in der Kriegschirurgie nicht erzielt worden sind“. — Dies genüge, um zur Kenntnisnahme der leicht zugänglichen Arbeit anzuregen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

85. **Über die Behandlung der Pneumonie mit Optochin;** von H. Tiegan und Bela-Döri. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 34. S. 1067.)

Trotzdem T. und B.-D. bei 19 mit Optochin behandelten Pneumoniefällen einen im wesentlichen milden und auch verkürzten Verlauf feststellen konnten, stehen sie doch nicht an, dem Mittel eine spezifische Wirkung zuzuschreiben, vielmehr sind sie der Ansicht, besonders im Hinblick auf den geringen Abstand der toxischen und therapeutischen Dosis, daß eine Verpflichtung ärztlicherseits keineswegs besteht, das Optochin bei Pneumonie anzuwenden. Den klinischen Verlauf milder zu gestalten, gelingt auch mit harmloseren Mitteln.

Geppert (Hamburg-Eppendorf.)

86. **Über die Anwendung des Eucupins in der urologischen Therapie;** von W. Hofmann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 38. S. 913.)

1—3%ige ölige Lösungen von Eucupinbase (Eucupin = Isoamylhydrocuprein) haben sich als symptomatisch wirkendes Mittel in der urologischen Praxis sehr gut bewährt, besonders bei der Behandlung der Blasentuberkulose. Der quälende Tenesmus, die Häufigkeit und Schmerzhaftigkeit der Miktion läßt nach, in manchen Fällen läßt sich auch eine Steigerung der Blasenkapa-

zität erzielen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um eine anästhesierende Wirkung des Mittels. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.
Bachem (Bonn).

87. **Behandlung der Meningokokkenträger mit Eucupin;** von K. Isaak. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 31. S. 1009.

$^1/_2$% Eucupinlösung wird mittels einer Rekordspritze mit stumpfem Ansatzstück von der Nase aus in den Pharynx gespritzt und mit der in den Mund rinnenden Flüssigkeit energisch gegurgelt. 23 sichere Meningokokkenträger wurden in 4tägiger Behandlung frei von Meningokokken. Geppert (Hamburg-Eppendorf.)

88. **Erfahrungen mit Theacylon;** von H. C. Roß. (Ther. Monatshefte 1917. Nr. 5. S. 200.)

Es wird die auch von anderer Seite beobachtete sehr günstige diuretische Wirkung hervorgehoben. R. beobachtete aber außerdem 13 mal („sehr häufig“) Magen- und Darmerscheinungen, die ein Aussetzen des Mittels erforderlich machten.
Geppert (Hamburg-Eppendorf.)

89. **Zur Therapie septischer Allgemeininfektionen mit Methylenblausilber;** von H. Lustig. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 34. S. 1069.

Der Verlauf septischer Infektionen ist stets ein wechselvoller und der Ausgang der Erkrankung nicht im voraus zu bestimmen; aber dessen ungeachtet glaubt L. auf Grund genauerer Beobachtungen von 5 mit Methylenblausilber behandelten Fällen dieser Art den günstigen Ausgang der Erkrankung auf die Wirksamkeit dieses Mittels zurückführen zu sollen. Die beigefügten Kurven wirken objektiv nicht absolut überzeugend. Angewandt wurde das Mittel täglich zu 0,2 subkutan oder intravenös in 20 ccm Wasser.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

90. **Untersuchungen über die blutgerinnungsbefördernde Wirkung der Gelatine, bzw. der Kalziumsalze;** von Schmerz und Wischo. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1918. Bd. 30. S. 90.)

Die Bestimmungen wurden mittels des Bürkerschen Verfahrens an Menschenblut festgestellt. Die Ergebnisse sind etwa folgende:

Der Gelatine kommt eine gerinnungsbefördernde Wirkung zu; dem Glutin in derselben kommt keine solche Wirkung zu; jedoch ist es durch seine Adsorptionskraft für Kalzium befähigt, dessen Wirkung zu verlängern. Das ausschließlich wirksame Prinzip ist vielmehr das *Kalzium*. Die gerinnungsbefördernde Wirkung wird erhöht durch die Kombination von Gelatine und Kalzium. Die innerliche Darreichung von Kalzium ist nur bei Verabfolgung höherer Dosen durch längere Zeit hindurch wirkungsvoll, der Wirkungseintritt erfolgt nur sehr träge.

Bei intravenöser Einverleibung von Kalzium in physiolog. Kochsalzlösung (0,6%) stellt sich die Wirkung sehr schnell (innerhalb 10 Min.) ein. Bei Gaben von 0,1—0,5 ist die Höhe, zu welcher die Wirkung innerhalb der ersten Minuten ansteigt, nahezu die gleiche. Auch die Dauer der Wirkung ist meistens annähernd gleich. Hohe Gaben (1 g) steigern die Anfangswirkung noch um einiges, verbreitern die Steigerung bis zur 12. Stunde und erhalten die Wirkung noch deutlich nach 24 Stunden.

Der Organismus verträgt nach den Erfahrungen von S. u. W. weit höhere Gaben von Calcium lacticum intravenös ohne Schädigung, als bisher angenommen wurde. Bachem (Bonn).

91. **Zur Frage des Salvarsantodes;** von M. Lissauer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 47. S. 1471.)

Der mitgeteilte Fall betraf einen Patienten, der neben einer Jod- und Quecksilberkur 0,3 Neosalvarsan und 10 Tage später nochmals 0,45 Neosalvarsan erhielt. Während die erste Injektion gut vertragen wurde, trat 3 Tage nach der zweiten der Tod ein. Vor dem Tode wurden schwere Symptome am Zentralnervensystem beobachtet. Bei der Sektion wurden vorwiegend Veränderungen am Gehirn gefunden: neben einem großen Erweichungsherde multiple Blutungen. L. glaubt den tödlichen Ausgang bestimmt als Ursache der Neosalvarsaninjektion ansehen zu müssen, da ein Kunstfehler u. dergl. nicht in Betracht käme. Vermutlich handelte es sich um eine Idiosynkrasie. Die Annahme, daß in diesem Falle eine ausgesprochene Herxheimersche Reaktion in Frage käme, glaubt L. zurückweisen zu müssen. Gehirnveränderungen, wie sie beim Menschen im Verlauf des Salvarsantodes beobachtet wurden, sind auch nach Salvarsan bei Tieren erzeugt worden, wo eine Herxheimersche Reaktion nicht in Betracht kommt.
Bachem (Bonn).

92. **Studien über Malaria;** von A. Biedl. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 14—17.)

Die vorliegende, groß angelegte Arbeit nimmt insofern eine Sonderstellung gegenüber den zahlreichen Malariaarbeiten ein, als ihr sehr eingehende parasitologische Untersuchungen mittels einer bis jetzt noch nicht angewandten Methode, nämlich der Beobachtung der Plasmodien im Dunkelfelde, zugrunde gelegt sind. Nach einer Beschreibung der Methode erfolgt eine eingehende Schilderung aller Einzelheiten der im Dunkelfelde gewonnenen Beobachtungen, bei denen der Entwicklungsgang der einzelnen Plasmodienformen besonders berücksichtigt wurde. Ein Abschnitt beschäftigt sich mit der Bedeutung der Gameten für die Entstehung des Fieberanfalls, in anderen wird die Pathogenese der Rückfälle und die Diagnose der latenten Infektion besprochen. Den Schluß bilden längere Ausführungen über Therapie und Prophylaxe. Aus Mangel an Raum können wir leider auf die sehr wertvollen Ergebnisse dieser „Studie“ nicht näher eingehen.
Geppert (Hamburg-Eppendorf.)

VIII. Innere Medizin.

Infektionskrankheiten.

93. **Zur Klinik der Malaria;** von A. Preus. (D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 132.)

P. bezeichnet die Wassermann-Reaktion als für Lues nicht spezifisch; es kann Syphilis bei negativem Ausfall der Wassermann-Reaktion bestehen, andererseits kann diese positiv ausfallen bei Skarlatina, Lepra, Frambösie, Rekurrens, Sepsis, Poliomyelitis, Malaria. Besonders für letztere Krankheit bringt P. Belege, die zeigen, daß die Wassermann-Reaktion sogar wertvoll für die Diagnose latenter Malaria werden kann. Fälle bei einem Rekonvaleszenten von Malaria, bei dem Plasmodien nicht nachgewiesen werden können, Lues aber auszuschließen ist, die Wassermann-Reaktion positiv aus, so sei, um den Patienten vor Rezidiven zu schützen, weitere Chininbehandlung indiziert.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

94. **Klinisches über Malaria. Die Leberperkussion;** von G. Zuelzer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1502.)

Milz und Leber sind im Malariafieberanfall im Zustande weicher Schwellung. Die Neuschwellung dieser Organe nimmt bis zum Auftreten des neuen Anfalles etwa 2—4 Tage in Anspruch. Etwa 3—5 Tage dauert in derartigen auf Chinin prompt reagierenden Fällen die Rückbildung der Organe. Untersucht man also jeden Malariakranken regelmäßig alle 2—3 Tage (nach der Methode der Schwellenwertsperkussion — in liegender Stellung) auf seine Milz- und Lebergröße, so wird man sicher in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle einen *Anfall im voraus erkennen* und möglicherweise verhindern können. — Es ist nicht zutreffend, daß der Anfall an sich, quasi durch Entleerung des Reservoirs (Leber und Milz) stets eine Verkleinerung der Organe herbeiführt. Dies ist nur bei den Kranken der Fall, die prompt auf Chinin reagieren. — Bei vielen Malariakranken sah Z. an Rippenbogen, Leistengegenden, Innenseite der Oberschenkel unmittelbar nach dem Anfall (auch bei den latent Infizierten) eine *anulläre Roseola*, am deutlichsten sichtbar bei Abblendung des Tageslichtes: eine weitere Analogie zwischen Malaria, Fleckfieber und Scharlach, deren bedeutsamste Analogie das Verhalten von Milz und Leber (weiche Schwellung) darstellt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

95. **Leukozytenblutbild und Fieber bei Malaria;** von W. Hülse. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 41. S. 982.)

Auf Grund seiner Untersuchungen findet H. eine genaue gesetzmäßige Beziehung zwischen Leukozytenreaktion und Temperaturverlauf in der Art, daß das Fieber proportional dem Leukozytenzerfall steigt. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die beim Leukozytenzerfall frei werdenden Purinkörper bei jeder fieberhaften Temperaturerhöhung eine Rolle spielen.

Cordes (Berlin).

96. **Malaria; Selbstbeobachtung;** von Cl. Schilling. (D. med. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1415.)

Auf Grund einer Selbstbeobachtung sagt Sch.:

Eine Malariainfektion, durch ungenügend lange fortgesetzte prophylaktische Chiningaben unterdrückt, kann noch 4 Monate nach der Infektion manifest werden. Eine Nachbehandlung mit 1 g-Dosen jeden sechsten und siebenten Tag führt, auch 48 Tage lang fortgesetzt, nicht immer zur Ausheilung. Sch. empfiehlt, die Tagesdosis von Chinin. hydochlor. beim Anfall auf $8\times25 = 2{,}0$ bzw. $7\times0{,}3 = 2{,}1$ g hinaufzusetzen und nach 1—2 solchen Tagesgaben eine Pause von 9 Tagen einzuschieben. Die Nachbehandlung muß wenigstens 2 Monate (6×10 Tage) dauern und ist besonders angezeigt, wo 1 g-Dosen nicht befriedigend wirken. Kadner (Dresden-Loschwitz).

97. **Zur Klinik des Tertianfiebers;** von H. Jastrowitz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1356.)

J. gibt die Krankengeschichte von *6 Tertianafällen*, die zeigen, daß auch die unkomplizierte Tertiana typhöse Formen annehmen kann, daß Wechselbeziehungen zwischen Tertiana und anderer Infektion häufig bestehen können, derart, daß Bakterientoxine (Typhusschutzimpfung) ein Malariarezidiv auslösen, daß eine frische Tertiana längst schlummernde alte Infekte (Endokarditis) neu entfachen kann. Diese Tatsache lasse sich für die Malariadiagnostik klinisch verwerten, was hauptsächlich im Hinblick auf chronische Formen und unsichere Fälle von Wert sei.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

98. **Die Malaria in Rumänien und ihre Bekämpfung bis zum Jahre 1916;** von F. Pielsticker. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1917. Nr. 19. S. 317.)

Aus der interessanten Arbeit sei folgendes hervorgehoben: Erst im Jahre 1904 setzte eine zielbewußte Durchforschung des Landes nach Malaria ein, obgleich das Land seit alters her ein Herd der Malaria gewesen ist. Schon Ovid beklagte sich über die seinem Verbannungsort Tomi naheliegenden Sümpfe (wahrscheinlich Konstanza), aus denen Fröste und Delirien aufstiegen; sie sind heute noch besonders gefährliche Vermittler der Tropica. Babes hat bei 7000 Autopsien niemals Zeichen von Malaria vermißt. Die vergrößerte Milz sei beinahe ein Charakteristikum des Rumänen. — Die eingeführte unentgeltliche Behandlung des rumänischen Bauern kann nicht zur Wirkung kommen, da für 5 Millionen Einwohner nur 129 Landärzte tätig sein konnten (1903). Ebenso fehlt es an Apotheken. Irimescu nimmt an, daß jährlich 250—300 000 Menschen an Malaria erkranken, Zahlen, die die italienischen fast erreichen, während die Mortalität in Rumänien weit geringer ist. Rumänien hat die leichteren Formen (Irimescu), die Tertiana ist vorherrschend, die Quartana ziemlich selten. Nicht so selten ist die Tropica. In den Gegenden, in denen Tropenfieber vorkommt, wurden auch einige Fälle von Schwarzwasserfieber beobachtet. — In beiden Ländern ist der Zeitpunkt des Beginnes der Neuerkrankungen gleich. Dementsprechend begann Irimescu mit der Chininprophylaxe am 1. Juni und setzte sie bis in den Oktober fort. Als Überträger sind Anopheles maculipennis und Anopheles pseudopictus festgestellt. Anopheles ist beinahe ubiquitär. Sie sollen auch in den zahlreichen Salzseen des Landes ihr Fortkommen finden. — Bezüglich der Ergebnisse der Bekämpfung der Malaria sagt P., daß durch Geländesanierung bisher sehr wenig, durch Chininprophylaxe und rationelle Behandlung sehr gute Resultate erlangt worden sind. Doch kommt die Chininprophylaxe in viel zu geringem Umfange zur Anwendung. Die deutsche Heeresverwaltung hat sofort die nötigen Maßregeln zum Schutze ihrer Soldaten mit vollem Erfolge eingeführt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

99. **Zur Differentialdiagnose der chronischen Malaria;** von M. Mosse. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 36. S. 872.)

M. beschreibt einen Fall von chronischer Malariaanämie mit einem Blutbild, das als perniziös-anämisches zu bezeichnen ist. Der Beginn der Erkrankung verlief unter dem klinischen Zeichen eines Darminfektes. Das klinische Symptomenbild der schweren Anämie mit Milztumor und Urobilinikterus ohne Fieber ließ zunächst an einen hämolytischen Ikterus denken. Durch den Nachweis des Fehlens der für diesen charakteristischen Herabsetzung der Erythrozytenresistenz einerseits, des positiven Befundes von Malariaplasmodien andererseits konnte die richtige Diagnose gestellt und eine entsprechende Therapie eingeleitet werden. M. empfiehlt, auf diesen Fall hinweisend, in Fällen von chronischer Malariaanämie, in denen die Diagnose auf Grund der mikroskopischen Malariaanämie nicht gestellt werden kann, die Resistenz der roten Blutkörperchen zu prüfen und gibt ein dafür geeignetes Instrumentarium an.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

100. **Über Malaria tropica;** von E. Wiener. (D. med. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1195.)

Zusammenfassend sagt W.: Die Malaria tropica als eine allgemeine septische Erkrankung, greift in erster Linie jene Organe an, welche als Bildungsstätten der Plasmodien dienen (Milz, Leber, Knochenmark und Gehirn), in zweiter Linie die parenchymatösen Organe (Herz, Niere) und zuletzt den Magen- und Darmtrakt, hauptsächlich der Dickdarm als das Aus-

scheidungsorgan des melanotischen Pigmentes. . . . . Die pathologisch-anatomische Grundlage der Magendarmveränderungen sind bei akuten Fällen a) die embolischen peptischen Geschwüre; b) die dysenterischen Veränderungen im Dickdarm; bei den chronischen Fällen c) die Atrophia gastro-intestinalis progressiva totalis. — Zur reinen Malariasepsis können sich auch anderweite Sekundärinfektionen gesellen: die enterogene (bazilläre und Amöbendysenterie, Paratyphus B und Streptokokkensepsis), die pulmonale (Pneumonie, Pneumokokkensepsis, Tuberkulose), hämatogene Infektionen (Polyarthritis, die verschiedenen Serositiden). — Die Malariakachexie ist eine eigentliche perniziöse Anämie, und das Schwarzwasserfieber ist wahrscheinlich keine anaphylaktische Erscheinung, vielmehr eine noch unbekannte sekundäre Infektion, deren Wesen eine schwere Hämolyse ist. — In der Therapie der Malaria spielt außer dem Chinin auch das Arsen eine wichtige Rolle. Ohne Arsen heilt die Malaria tropica nie (intravenöse Neosalvarsaninjektionen, immer kombiniert mit Chininbehandlung).

Kadner (Dresden-Loschwitz).

101. **Résistance globulaire et paludisme;** par L. Netter. (Presse méd. 1917. Nr. 67. S. 687.)

Die Resistenz der roten Blutkörperchen ist während des Malariaanfalls erhöht, je nach dem Ernst des Anfalles, der Art des Parasiten und dem Allgemeinzustand des Kranken. N. hält dies für ein Abwehrsymptom. Chinin, besonders intramuskulär in großen Dosen verabreicht, erhöht und unterhält diese Resistenz. Jedoch nicht lange und nur während der Anwesenheit der Parasiten.

Lamers (Herzogenbusch).

102. **Die Therapie hartnäckiger Malariafälle;** von Aufrecht. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1055.)

A. behandelte mit gutem Erfolge nach folgender Verordnung:

Acidi arsenicosi . .	0.3
Chinini hydrochloric.	5.0
Pulv. rad. liquir. . . :	4.0
Succ. Liquir. . . .	9.3
m. f. pilul. No. C.	

3mal tägl. 2 Pillen nach den Mahlzeiten.

Cordes (Berlin).

103. **Zur Behandlung der Malaria mit Methylenblau und Salvarsan;** von L. Appel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1359.)

A. stellte fest, daß durch Mischung von Methylenblau mit Salvarsan äußerst unbeständige Arsenverbindungen entstehen, die bei Luftzutritt noch eine weitere Umsetzung erfahren und das Neosalvarsan an Giftigkeit weit übertreffen; einseitige intravenöse Anwendung beider Substanzen sei also ausgeschlossen. A. hat nun — nach vorhergehenden Tierversuchen — Patienten beide Mittel zweizeitig intravenös injiziert. Vier Stunden nach Injektion von 10 ccm einer wässerigen Methylenblaulösung wurden 0,5 Neosalvarsan eingespritzt; es wurden etwa 100 Fälle — zumeist Tropika-Tertiana-Mischinfektionen, ausgesucht schwerste Kranke — behandelt. In 90% der Fälle tritt auf eine Doppelinjektion Entfieberung und Schwinden der Parasiten aus dem Blute ein, 10% verhalten sich refraktär. 20% der Beeinflußten werden nach 10—20 Tagen rückfällig; es erwies sich daher am 10. Tage eine zweite und nach weiteren 10 Tagen eine dritte Injektion nötig. In letzter Zeit wendet A. das Neosalvarsan erst nach 2—3täglich einmaligen Methylenblauinjektionen zu 0.2 mit noch besserem Erfolge an. — Die Wirkung ist am günstigsten bei der Tertiana; auch zwei Quartanakranke sind nach den Injektionen bisher fieberfrei. Bei der Tropica tritt auch in der Mehrzahl der Fälle Entfieberung ein, doch ist daraus noch kein abschließendes Urteil zu gewinnen. Es folgen ausführliche Mitteilungen über die Behandlungstechnik.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

104. **Über die Behandlung der Malaria mit Optochin;** von J. Hatiègan und Béla Döri. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1230.)

Optochinum basicum sowie muriaticum hat bei tägl. Verabreichung von 1.0—1.2 (dreistündlich 0.2) die gleiche Wirkung wie Chinin und seine Derivate auf Unterdrückung der durch alle drei Plasmodienarten hervorgerufenen Anfälle. Rezidive bei Tropicainfektionen können auch mit Optochin nicht verhindert werden. Ungünstige Nebenwirkungen auf das Nervensystem insbesondere auf den Opticus wurden nicht beobachtet. In der Möglichkeit der synthetischen Herstellung des Aethylhydrokupreins liegt der alleinige Vorteil gegenüber dem Chinin. Geppert (Hamburg-Eppendorf.)

105. **Das wolhynische Fieber;** von E. Nusler. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1001.)

N. legt das Hauptgewicht seiner Arbeit auf hyperalgetische Zonen, die er bei all seinen an wolhynischem Fieber Erkrankten gefunden hat und gibt genaue Abbildungen derselben. Diese Zonen geben hauptsächlich auch Aufschluß, ob trotz Fehlen des Fiebers und der Schienbeinschmerzen die Krankheit noch besteht.

Cordes (Berlin.)

106. **Klinik und Aetiologie des sogen. „Wolhynischen Fiebers" (Werner Hissche Krankheit);** von F. Munck und H. da Rocha-Lima. (Münchn. med. Woch. 1912. Nr. 42. S. 1357.)

Deutliche Unterscheidung von bisher bekannten Infektionskrankheiten. Teils paroxysmale, teils kontinuierlicher Typus. Die klinischen Krankheitserscheinungen sind ohne bestimmten Charakter, der anatomische Sitz unbekannt. Die in Läusen gefundenen Krankheitserreger sind nicht immer vorhanden, ihre ätiologische Bedeutung ist fraglich. Die Krankheit kommt nicht nur an der Front, auch als Hausinfektion in Lazaretten vor. Die Verbreitung durch Läuse ist fraglich.

Cordes (Berlin.)

107. **Zur Pathologie und Therapie des Fünftagefiebers;** von C. Kayser. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1107.)

K. betont auf Grund seiner Erfahrungen, daß es sich nicht um eine neue Kriegskrankheit, sondern nur um eine modifizierte Form der Malaria handelt, die durch eine energische Chininkur beeinflußbar ist und sieht statt in der Anopheles in der Laus den Zwischenwirt und Überträger. Cordes (Berlin.)

108. **Atypisches Fünftagefieber (Febris wolhynica);** von G. Brückner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1199.)

B. zeigt an 2 Krankheitsfällen den großen Unterschied zwischen den Kurven des typischen und des atypischen Verlaufes des Fünftagefiebers. Gegen die heftigen Schmerzen bewährte sich Pyramidon. Eine systematische Pyramidonbehandlung blieb jedoch ohne Erfolg. Kadner (Dresden-Loschwitz).

109. **Die Beziehungen des Rückfallfiebers zur Febris quintana s. Wolhynica;** von J. Koch. (D. med. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1412.)

K. stimmt Stintzing (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 5) bei, daß *die klinischen Symptome der Febris quintana s. Wolhynica zur Annahme einer nosologischen Verwandtschaft mit Rückfallfieber berechtigen,* nur könne nicht zugegeben werden, daß die Lokalisation der Infektion in den Schienbeinen nur der Febris quintana eigentümlich sei. Letztere sei als eine abgeschwächte, milder verlaufende abortive Form der Febris recurrens zu bezeichnen. Nach genau angegebener Technik ausgeführte Untersuchungen des Blutes (Blutausstriche mit *dünner* Fuchsinlösung gefärbt) abortiver Rekurrensfälle, die klinisch von Febris quintana nicht zu unterscheiden sind, zeigen zwischen den roten Blutkörperchen hier und da perlschnurartige Fäden (Abbildungen) wechselnder Gestalt, die als *Involutionsformen der Spirochaete Obermeieri* zu deuten seien. — Ferner spreche das Nebeneinandervorkommen typischer Rekurrens und der Febris quintana für Zusammengehörigkeit beider. — Das *biliöse Typhoid Griesingers* sei als *septische Form des Rückfallfiebers* zu bezeichnen.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

110. **Über die Struktur des Fiebers beim Fünftagefieber;** von Goldscheider. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 33. S. 769.)

Unter Darstellung interessanter Kurven resumiert G. die Charakteristika des Fünftagefiebers wie folgt: Das Fieber ist stets periodisch. Es gibt drei periodische, typische und gemischte Fälle. Die rudimentären Fälle sind hier eingeschlossen. Cordes (Berlin).

111. **Periodische Fieber (Maltafieber, Septizämisches Fieber, Malaria, Rekurrens-, Fünftage-(Wolhynisches)Fieber, Pappatacifieber;** von C. Schilling. (D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 33.)

Das Maltafieber — undulant fever — wird von einem Bakterium erzeugt; wenig ist darüber bekannt, in welcher Weise der Verlauf der Temperatur mit der Vermehrung der Bakterien im Blute und mit den vom Körper erzeugten Reaktionsstoffen in Beziehung steht. — Ob die septikämischen Fieber zu den periodischen zu rechnen sind, will Sch. nicht erörtern. Sie dürften aber ein brauchbares Objekt sein für Studien über die Wechselbeziehungen zwischen Wirt und bakteriellem Erreger. — Bei frisch infizierten Malariakranken mit einfacher Tertianainfektion finden sich etwa 10 Stunden vor dem Anfall große Plasmodien mit Chromatinbrocken, den Kernen und reichlichem Pigment. Drei bis vier Stunden später sind die Chromatinbrocken bis zu 25 vermehrt, das Pigment ist meist nach der Mitte in eine Stelle zusammengerückt. Um die neugebildeten Kerne schnüren sich nun kleine Protoplasmateile ab (gänseblümchenähnliche Teilungsformen). Die Teilstücke trennen sich, es bleibt ein Restkörper mit dem Pigment übrig, das in der Milz und allen Organen als Malaria-melanin abgelagert wird. (Abb.) Mit der Teilung setzt Fieber mit Schüttelfrost ein. In den nächsten 48 Stunden wachsen die Merozoiten wiederum zu großen Plasmodien heran, der Prozeß wiederholt sich, die Temperatur steigt wiederum an. Bei Malaria tertiana und quartana besteht also eine deutliche Wechselbeziehung zwischen Schizogonie und Erschlaffung des Wärmezentrums. Bei Malaria tropica (Plasmodium immaculatum) ist der gleiche Zusammenhang deutlich, nur dauert der Paroxismus länger und ist durch eine Remission gespalten. Wodurch der Paroxysmus hervorgerufen wird, ist noch eine offene Frage. — Bei Trypanosomeninfektionen besteht deutlicher Parallelismus zwischen Vermehrung der Parasiten und sofort folgenden Temperatursteigerungen. Ein mikroskopisch wahrnehmbares Substrat für die paroxysmalen Toxine kommt nicht in Frage. Sch. hält es nicht für nötig, die Anaphylaxie zur Erklärung der Paroxysmen bei Malaria und Trypanosomenfieber heranzuziehen; sie erklären sich aus dem wiederholten Ausschwemmen der Toxine in die Blutbahn; ähnlich bei Rekurrens, die von Spirosomen (Obermeyeri), den Protozoen näher als den Bakterien stehenden Erregern, erzeugt wird. Die Kurve der Parasiten im Blute geht mit der Temperatur ziemlich genau parallel und fällt ebenso plötzlich ab. Der Anfall wiederholt sich 9—12 mal. Im ersten und im zweiten Anfall einem Versuchstier entnommenes Blut auf Mäuse übertragen, erzeugte 2 verschiedene Stämme von Spirosomen; Spirosomen aus dem ersten Anfall, mit Blutserum einer Ratte, das *nach* dem Anfall im Intervall entnommen ist, gemischt und einem empfänglichen Tiere eingespritzt, gehen in diesem nicht mehr an. Bei dem gleichen Versuch mit beim zweiten Anfall gewonnenen Spirosomen geht die Infektion an. Die im Blute nach Überstehen eines Anfalles vorhandenen Antikörper beeinflussen nur den Ausgangsstamm, nicht mehr den Rezidivstamm; die Spirosomen dieses Stammes sind fest geworden gegen die Antikörper, die sich während des ersten Anfalles und namentlich während der Krise gebildet haben. Es hat sich eine serumfeste Rasse von Spirosomen gebildet, die das Rezidiv veranlaßt, und weitere Rezidive, bis die Fähigkeit der Spirosomen, Rezidivstämme zu bilden, erschöpft ist. — Bei Febris quintana oder wolhynica läßt die ätiologische Beobachtungsweise im Stich. Solange die Ätiologie nicht klargestellt ist, soll man die Bezeichnung „Febris quintana" nur auf die typisch periodischen Fieber von 4—7tägigem Rythmus beschränken. — Das Papatacifieber beruht auf einem invisiblen Virus. Nach 4—7tägiger Inkubation steigt plötzlich die Temperatur. Auffallendste Symptome sind Schmerzen in den Schienbeinen und am zweiten Tage Bradykardie. Die Milz ist nie vergrößert. Häufig sind Durchfälle und ruhrartige Erscheinungen. Es besteht Leukopenie. Nach 3 bis 4 Tagen fällt das Fieber treppenförmig. Rezidive sind häufig, Todesfälle kommen nicht vor. Es folgt Immunität. Pyramidon ist besonders zu empfehlen. Der unsichtbare aber filtrierbare Erreger kreist in den ersten 24 Stunden im peripherischen Blute. Er ist nicht auf Tiere übertragbar. Überträger ist eine kleine Stechmücke Phlebotomus Papataci. Das Fieber ist eine Sommerkrankheit der dalmatinischen Küste, die Berge über 600 m sind frei.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

112. **Beitrag zur Fleckfieberdiagnose;** von A. Dreist. (Med. Klin. 1917. Nr. 50. S. 1067.)

D. modifiziert die in Nr. 21 Münchn. med. Woch. angegebene Reaktion Wieners. An Stelle von Äther und aq. dest. geht er wie folgt vor:

1 ccm Harn, 10 Tropfen 1‰iger Kaliumhypermanganatlösung, dann tropfenweise Fenners Farbstoff; beim 3. oder 4. Tropfen tritt die Blau- oder Grünfärbung klar zutage. Cordes (Berlin).

113. **Über Fleckfieber ohne Exanthem;** von H. Popper. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1384.)

Während einer Fleckfieberepidemie konnte eine Anzahl fieberhafter Erkrankungen beobachtet werden, die in vieler Hinsicht ein typisches Bild und einen auffallend ähnlichen Verlauf wie Fleckfieber zeigten, ohne daß die Erkrankten Roseolen hatten. Da die Weil-Felixsche Reaktion auch positiv war, so glaubt P. mit Sicherheit, daß es sich um exanthemloses Fleckfieber gehandelt hat. Die serologische Untersuchung ist deshalb bei verdächtigen Erkrankungen zur Verhütung einer weiteren Ausbreitung einer Epidemie unerläßlich.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

114. **Über Fleckfieberroseola;** von E. Fränkel. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1389.)

F. stellte schon früher fest, daß nicht nur die Haut der Fleckfieberkranken, sondern auch die inneren Organe in Form von Gefäßveränderungen an der innersten Arterienschicht arterielle und Venenthromben-Veränderungen aufweisen.

In vorliegender Arbeit ergänzt er seine Untersuchungen durch Weils Ausführungen, auch Fallgeschichte und Abbildungen. Cordes (Berlin).

115. **Das Blutbild bei Fleckfieber und seine praktische Bedeutung;** von F. Schiff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1193; Nr. 39. S. 1229.)

Nach Sch. bestehen bei Fleckfieber stets typische Veränderungen des Leukozytenblutbildes, die je nach dem Krankheitsstadium verschieden sind. *In den ersten Tagen* Gesamtzahl vermindert oder annähernd normal; von Tag zu Tag erscheinen mehr jugendliche und stabkernige Neutrophile einerseits, Frühformen der Lymphozyten andererseits (Reizung des myeloischen *und* lymphozystischen Systems; Arnethsche Verschiebung nach links). Ende der ersten Woche: Gesamtzahl der Leukozyten vermehrt; Prozentzahl der Stabkernigen auf der Höhe (50—60%). Keine Eosinophilen mehr. Zweite Woche: Zunahme der Gesamtzahl, Abnahme der Stabkernigen, Vermehrung der großen Mononukleären, Reizformen, Plasmazellen, andere atypische Einschläge. Größere Unterschiede zwischen den einzelnen Fällen bestehen; häufiger ist das bunte Blutbild von V. Schilling, seltener dieses nur angedeutet. In den letzten Fiebertagen tritt Rückkehr annähernd zur Norm, Eosinophile ein. Das Blutbild ist diagnostisch verwendbar, oft schon vor Eintreten des Exanthems und vor positivem Ausfall der Felix-Weilschen Reaktion.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

116. **Die zerebralen Erscheinungen und die meningeale Permeabilität bei Fleckfieber;** von E. Weil und A. Soucek. (D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 931.)

S. weist darauf hin, daß den mannigfachen Bildern der Fleckfieberkrankheit ein gemeinsamer Zug anhaftet: meningitische und zerebrale Erscheinungen (Nackensteifigkeit, Kernigsches Phänomen, weniger häufig Dermographismus, Fußklonus, Schwinden des Bewußtseins, Zähneknirschen, Delirium, Tremor der Hände, Pulsbeschleunigung, Neuritis optica, Schwerhörigkeit, starke, auf trophische Störungen deutende Abmagerung, Temperatursteigerungen auch noch wochenlang nach der Entfieberung). W. sucht für diese klinischen Erscheinungen eine nachweisbare Grundlage zu finden, und nimmt als solche die erhöhte Permeabilität der Meningen für Immunkörper an (Hämolysinreaktion Weil und Kafka), die unabhängig vom Eiweißgehalt des Liquors ist. Ein Antikörperverhältnis zwischen Blut und Liquor unter 1:1000 weist auf erhöhte Durchlässigkeit der Meningealgefäße hin. Dies ist bei jedem Fall von Fleckfieber in einem bestimmten Stadium der Krankheit — bei beginnender Entfieberung — der Fall, auch bei leichten und leichtesten Fällen. Nur genaue anatomische Untersuchung der Meningen könne darüber Klarheit schaffen, ob die Veränderungen der Meningen entzündlicher Natur sind, oder ob es sich nur um Störungen ihrer Filtrierfähigkeit handelt.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

117. **Über Rekonvaleszentenbluttransfusion bei Typhus exanthematicus;** von J. Kabelik. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 2. S. 47.)

K. legt 6 Temperaturkurven vor von *Flecktyphusfällen, die mit Rekonvaleszentenbluttransfusion behandelt wurden.* Es wurde frisch entnommenes Blut injiziert, wobei dem Umstand Wert beigelegt wurde, daß mit frischem Blut auch ein Komplement injiziert wird. Es wurden alle Blutbestandteile mit eingespritzt, da die Leukozyten sicher den Heilwert des Blutes erhöhen. Namentlich bei Flecktyphus sei ein inniger Zusammenhang zwischen Leukozyten und Krankheitsvirus erwiesen. Die Leukozyten seien auch eine wichtige Komponente in der Immunität bei Flecktyphusrekonvaleszenten. *Die Abwehrkräfte des Rekonvaleszenten seien sicher sehr stark, da die Immunität das ganze Leben dauert.* — Die Kurven zeigen, daß die Transfusion größerer Mengen Blut einen unbestreitbaren Erfolg hat. Es sei zu ermitteln, ob auch mit normalem Blut ein ähnliches Resultat hervorgerufen werden kann. — Nie wurde ein schädlicher Einfluß der Transfusion beobachtet. — Die besten Blutgeber sind die sonst gesunden Rekonvaleszenten in schon gekräftigtem Zustande, bald nach der Entfieberung. Die Transfusion bewirkt — vor dem Exanthem angewendet — prompte definitive Entfieberung (= Therapia magna sterilisans); bei schon entwickeltem Exanthem mindestens Erleichterung, eventuell Verkürzung der Krankheitsdauer. Unter 20 cm^3 Blut bleiben unwirksam.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

118. **Zur Pathogenese des hämorrhagischen Typhus;** von P. Kaznelson. (D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 114.)

Unter Hinweis auf drei selbst beobachtete Fälle von hämorragischem Typhus zeigt K., daß die *hämorrhagische Diathese* beim Abdominaltyphus auf einer *exzessiven Thrombopenie* beruht, die die Folge der schon beim gewöhnlichen Typhus abnorm gesteigerten Thrombozytolyse ist (Bernhardt); dementsprechend zeigt der blutplättchenbildende Riesenzellenapparat des Knochenmarkes Zeichen einer starken Aktivität auch beim gewöhnlich verlaufenden Typhus.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

119. **La typho-uro-réaction. Nouvelle méthode de diagnostique urologique de la fièvre typhoïde;** par H. Diacono. (Presse méd. 1917, Nr. 59, S. 611.)

Beim Bauchtyphus treten Stoffe, welche durch Serum, das den Typhusbazillus agglutiniert, präzipitiert und agglutiniert werden, in den Harn über. Fügt man zu 20 ccm dieses Urins 1 ccm oder weniger eines solchen Serums mit einem Agglutinationstitre 1:10000, fünfmal verdünnt mit physiologischer Kochsalzlösung hinzu, dann bildet sich nach 3—4 Stunden bei 37° ein flockiger Niederschlag, was außer in geringem Maße ab und zu bei schwerer Tuberkulose, bei Urinen von anderen Kranken niemals der Fall ist. Der Urin muß klar sein, darf nicht filtriert sein (trüben Urin lasse man vorher absetzen) und muß mindestens 7—8 g Kochsalz im Liter enthalten. Ist letzteres nicht der Fall, so füge man Kochsalz hinzu. Die Reaktion tritt beim Typhus ungefähr gleichzeitig mit der Jodreaktion auf, manchmal früher wie die von *Ehrlich* und von *Widal* und verschwindet wieder in der Rekonvaleszenz.

Lamers (Herzogenbusch).

120. **Über Beeinflussung des Verlaufs typhöser Erkrankungen durch überstandene Typhus- und Paratyphus-Infektion;** von A. Herz. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1157.)

Typhus- sowie Paratyphusinfektionen befallen die gleichen Organe und führen nach überstandener Er-

krankung zu einer Zellimmunität, die für beide Arten Infekte wechselseitig zutage tritt. Klinische Beobachtungen lehren, daß nach überstandenem Typhus ein gewisser Schutz gegen Paratyphusinfektion besteht und umgekehrt. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

121. **Paratyphus A;** von A. Galambos. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. S. 477.)

Bericht über gemachte Erfahrungen an Paratyphus A. Vorkommen der Erkrankung 1916 weit häufiger, unter den Kriegsteilnehmern 75—80%. Genaue klinische pathologisch-anatomische Darstellung und einige außergewöhnlich verlaufende Fälle. Günstige Erfahrungen durch therapeutische Verwendung des Methylenblau.
Cordes (Berlin).

122. **Über Massenerkrankungen an kurz verlaufendem typhoidem Paratyphus B;** von F. Bardachzi u. Z. Barabás. (Med. Klin. 1917. Nr. 31. S. 832.)

Schilderung von 4 Massenerkrankungen an Paratyphus B, die zurückgeführt wurden auf infiziertes, nicht genügend gekochtes Schweinefleisch. Kurze Inkubationszeit, bei einigen nur $3^1/_2$ Stunden und abortiver Verlauf der Erkrankung. Die Bakterien konnten aus dem Blute gezüchtet werden und zwar nur dann, wenn man den Blutkuchen zerkleinerte, mit NaCl-Lösung gründlich durchspülte und dann in Galle vermischte. Die Agglutination fiel ebenfalls in fast allen Fällen positiv aus.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

123. **Ruhrschutzimpfung im Kriege;** von Boehnke. (Med. Klin. 1917. Nr. 41. S. 1083.)

Die Beobachtungen ergaben bei größeren Ruhrherden in der Truppe und Bevölkerung, daß ziemlich ausnahmslos die Ruhrausbreitung nach genügend vorgenommener Umgebungsschutzimpfung mit dem Disbactaimpfstoff in kurzer Zeit tatsächlich zum Stehen kommt. Cordes (Berlin).

124. **Zur Pathogenese der epidemischen Ruhr;** von R. Beneke. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1277.

Die Tatsache, daß Ruhrbazillen durch die Magensäure abgetötet werden, sowie die typische Erscheinung, daß die anatomischen Veränderungen bei Ruhr im Rektum beginnen und nach dem Coecum zu aufsteigen, leitete B. zu der Annahme, daß die Infektion mit Ruhr nicht per os, sondern per anum (!) geschieht. Die Eintrittspforte für die Ruhrbazillen soll das Rektum sein. Die Übertragung erfolgt beim Baden, durch Wäsche, unreine Aborte usw. Ein sehr geeigneter Aufenthaltsort für die Ruhrbazillen sei die feuchte Perinealfalte.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

125. **Über Ruhr;** von Czaplewski. (D. Med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1347.)

Bei einer kleinen im vorigen Jahre in Köln 1916 und 1917 aufgetretenen *Ruhrepidemie* fiel C. auf, daß auch bei den schwersten Krankheitsbildern überwiegend negative Befunde hinsichtlich des Vorkommens der Ruhrbazillen festgestellt wurden. Dagegen traten in fast sämtlichen Fällen einer kleinen Ruhrendemie in einem hygienisch einwandfrei eingerichteten Kloster *säurebildende Kapselbazillen* auf. Dieselben wurden auch im Sektionsmaterial beobachtet. Sie fanden sich auch bei Rezidiven und bei den Ruhrkranken in Köln im Jahre 1917. (Nachweis nach der von C. modifizierten Bonischen Methode.) Die Bazillen, deren morphologische und biologische Eigentümlichkeiten ausführlich angegeben werden, sind sehr pathogen für Menschen und Tiere; ihre Virulenz schwankte sehr. Sie infizieren den Körper auf oralem Wege, wo sie sich besonders bei Anwesenheit von Kohlehydraten (Zucker) bei neutraler bis schwach saurer Reaktion vermehren, namentlich bei Überfüllung des Magendarmkanals mit gärungsfähigen Massen — Obst etc. —
Kadner (Dresden-Loschwitz).

126. **Über Folgezustände der Ruhr;** von A. Schröder. (D. med. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1162.)

Aus den von Sch. gemachten Beobachtungen ergiebt sich, „daß Achylie und Bradykardie bei Ruhr Folgen der durch Bazillengift bedingten Allgemeinintoxikation sind, welche letztere nach und nach, häufig erst in der Rekonvaleszenz, ihre Wirkung im Körper ausübt, und zwar . . . ., daß die Magensekretionsstörung auf eine direkte Schädigung der Drüsen durch das im Blute kreisende Gift, die Bradykardie dagegen auf eine Vagusreizung zurückzuführen ist.“
Kadner (Dresden-Loschwitz).

127. **Weitere Beobachtungen an Pockenfällen usw.;** von K. Vorpohl. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 24. S. 578.)

Günstige Erfolge mit der Zinkoxydbehandlung. Der ganze Körper wird „pfundweise“ mit Zinkoxyd dick gepudert. Verhinderung des Suppurationsstadium und der sich nicht selten daran anschließenden Sepsis. Annahme der Übertragung des Krankheitsvirus durch den Staub; Eingangspforte Atmungstraktus bez. Lungen. Bericht eines Sektionsbefundes mit Pockenpusteln auf den Schleimhäuten der Zunge, des Mundes, des Rachens, Kehlkopfes, der Luftröhre, großen Bronchien, Speiseröhre und des Magens.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

128. **Experimentelle Untersuchungen über die Übertragung der Pocken;** von U. Friedemann und H. A. Gins. (D. med. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1159.)

F. und G. führten experimentelle Untersuchungen aus über den Ausscheidungsweg des Pocken-Virus bei pockenkranken Menschen und über das Vorkommen von Pockenvirus bei Rekonvaleszenten und Gesunden in der Umgebung Pockenkranker. Material von sechs verschiedenen Patienten aus Schleimhautaffektionen der Wangen- oder Gaumenschleimhaut, die als typische Pocken anzusprechen waren, auf die Kaninchenkornea übertragen, erzeugte fünfmal starken Erfolg, einmal war das Pockenvirus nicht nachweisbar. Von vier Patienten wurde Material, von der Nasenschleimhaut abgestrichen, verimpft. Die Impfung war stark erfolgreich, auch in dem einen Fall, bei dem die Vorimpfung von der Gaumenschleimhaut negativ geblieben war. Mehrere der Patienten hatten typische Pockenpusteln auf der Nasenschleimhaut. Von Kranken, bei denen Pockenerkrankung der Schleimhaut nicht vorhanden war, wurde Material ohne Erfolg verimpft. Von unverletzter Schleimhaut auf der Pockenpustel konnte wirksamer Virus nicht gewonnen werden. Ebenso fehlt eine Verbreitung von solchem in der Mundhöhle. Die Infektion von Nasen- und Rachenschleimhaut aus kommt erst nach Eröffnung der Pusteln, also spät, in Frage. Da die Pocken aber schon in den frühesten Stadien hochgradig infektiös sind, muß noch ein anderer Weg der Übertragung bestehen. Als solchen sehen F. und G. die durch Husten bewirkte Tröpfcheninfektion mit aus den Luftwegen stammendem Virus an. Die Aufnahme des Virus durch die Haut ist sehr unwahrscheinlich, da die inokulierte Variola sich von der auf anderem Wege akquirierten durch eine 1 Woche längere Inkubationszeit und milderen Verlauf auszeichnet, und die ersten Krankheitserscheinungen auf der Haut auftreten würden, was bei Variolainfektion nicht der Fall ist. Es

sind also Austrittspforten der Virus: Schleimhautpustel, Hautpustel, — Eintrittspforten: Schleimhaut der oberen Luftwege. Kadner (Dresden-Loschwitz).

129. **Beitrag zur Weilschen Krankheit;** von L. Hauck. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 38. S. 909.)

H. sah eine Anzahl von Kranken, die ganz das Bild der Weilschen Krankheiten darboten, nur fehlte der Ikterus. Daß diese Fälle dennoch als Weilsche Krankheit zu bezeichnen waren, ging daraus hervor, daß eine Übertragung der Krankheit auf Meerschweinchen durch intraperitoneale Blutinjektion gelang. Die Ergebnisse der Arbeit lauten: 1. Durch direkte Blutübertragung von Kranken auf Meerschweinchen kann die Diagnose der Weilschen Krankheit in *allen* Fällen mit Sicherheit gestellt werden, *wenn genügend große Mengen von Blut* (etwa 3 ccm) *intraperitoneal eingespritzt werden.* Die von Hübener und Reiter angegebene Menge von 0,5—1,0 ccm hat sich als nicht ausreichend erwiesen. 2. Wenn die Bezeichnung „Weilsche Krankheit“ nicht nur für die spezifische, durch Spirochäten bedingte Infektionskrankheit gebraucht werden soll, darf sich ihre Diagnose nicht auf Fälle von infektiösem Ikterus beschränken. Es gibt Fälle Weilscher Krankheit, bei welchen sämtliche Kardinalsymptome Weils fehlen (Ikterus, Milztumor, Nephritis). 3. Durch intraperitoneale Injektion von Harnsediment ist eine Übertragung der Krankheit auf Tiere auch noch am 22. Krankheitstage möglich. 4. Die Intensität der Krankheitssymptome ist starken Schwankungen unterworfen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

130. **Weilsche Krankheit, Rückfallfieber, biliöses Typhoid;** von E. Hübener. (D. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1289.)

H. gibt die Ähnlichkeit zwischen der Weilschen Krankheit und Rückfallfieber zu, findet aber doch recht tiefgreifende Unterschiede, wenn nur ausgeprägte Fälle verglichen werden. Dieselben betreffen den Fieberverlauf, die Art des Entstehens des Rezidivs, die Beteiligung der Milz an der Erkrankung, den Ikterus, das Auftreten von Ödemen, den Haarausfall. Nie ließ sich Rekurrens auf Meerschweinchen übertragen, was bei der Weilschen Krankheit gelingt und tödlich wirkt. Salvarsan ist vorzügliches Heilmittel bei Rekurrens, unwirksam bei Weilscher Krankheit. Auch die Erreger sind morphologisch verschieden. Es lassen sich epidemiologische Unterschiede nachweisen. Dagegen scheint die Weilsche Krankheit mit dem biliösen Typhoid Griesingers identisch zu sein.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

131. **Zur Klinik des Icterus infectiosus (Weilsche Krankheit);** von W. Thömes (D. med. Woch. 1917. Nr. 34. S. 1071; Nr. 35. S. 1097.)

Nach plötzlichem Anfang mit Frost oder Schüttelfrost und Temperaturerhöhung auf 39—40° C. treten Muskelschmerzen namentlich in Waden und Nacken ein, sowie Erbrechen und dünner Stuhl. Die Krankheit verläuft in 3 Stadien. Die Anfangstemperatur geht remittierend herunter unter Zunahme der Beschwerden. Am 4. oder 5. Tage tritt ein rasch intensiver werdender Ikterus auf, der in 3—4 Tagen den höchsten Grad erreicht. Dabei nehmen die Gliederschmerzen zu. Haut trocken, petechiale Blutungen, Sensorium benommen. Lebergegend druckempfindlich, Leber vergrößert, Milz meist nicht. Stuhl angehalten, gefärbt. Blutdruck herabgesetzt (ca. 80 mm Hg Riva-Rocci. Hyperleukozytose des Blutes (Vermehrung der polynukleären neutrophilen Leukozyten auf Kosten der Lymphozyten). Abnahme der roten Zellen. Eiweiß und Zylinder im Harn, Gallenfarbstoffe in höchstem Maße. Quälender Singultus. Dabei Absinken der Temperatur allmählich auf 37° am 8. oder 9. Krankheitstage. Das Blutbild schlägt in das einer Lymphozytose mit Vermehrung der Monozyten und Eosinophilen um, die Zahl der roten nimmt schnell ab. Der Blutdruck steigt, die Nierenentzündung geht zurück. Der Ikterus blaßt etwas ab. Nur größte Hinfälligkeit bleibt zurück. Nach etwa 4—5 Tagen beginnt in 70—75% der Fälle das zweite Fieberstadium der Krankheit. Dasselbe geht mit Lymphozytose und Eosinophilie einher. Die Haut wird graugelb bis blaßgrün. Erythrozystenzahl und Hämoglobin sinken stark. Die Nierenentzündung besteht abnehmend weiter. Die Leberanschwellung nimmt ab, die Milz wird vergrößert. Stuhl stets gallig gefärbt. Erbrechen läßt nach. Blutungen fehlen: Anämie, Lymphozystose, eventuell Milzschwellung treten in den Vordergrund. Am 26.—30. Tage tritt der Kranke in das dritte Stadium der Krankheit, die Rekonvaleszenz, ein, die sehr langsam verläuft. Trotz des schweren Bildes des Ikterus infektiosus ist die Prognose quoad sanationem nicht schlecht. Therapeutisch waren ein kräftiger Aderlaß auf der Höhe des ersten Stadiums und Tropfeinläufe von 1000 ccm physiologischer Kochsalzlösung von guter Wirkung, in manchen Fällen auch Nährklystiere. Salvarsan schien einigemal den Verlauf der Krankheit abzukürzen und zu erleichtern. Das meiste Vertrauen verdiene der Ausbau einer erfolgreichen Serumtherapie. Kadner (Dresden-Loschwitz).

132. **Beitrag zur Diagnose der gastrointestinalen Influenza;** von A. Edelmann. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 36. S. 1135.)

Bei zwei Fällen von gastro-intestinaler Influenza gelang es aus dem Stuhl Pfeiffersche Influenzabazillen zu züchten. Eine Schleimflocke wurde, wie üblich, nach mehrfacher Waschung in steriler Kochsalzlösung auf Blutagar ausgestrichen und die verdächtigen Kolonien isoliert und reingezüchtet.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

133. **Darmerscheinungen und Urinbefund bei Influenza;** von B. Stein. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 34. S. 1072.)

Bei Influenza, und zwar vorwiegend den Fällen von gastro-intestinalem Typ fühlte sich St. zu rektoskopischen Untersuchungen veranlaßt und fand in der Schleimhaut fleckige und diffuse Injektionen, die meistens als „düstere Röte“ erschienen, dann auch Follikelschwellungen und Schleimbeläge, aber nie Ulcerationen. Im Urin fand sich bei Influenzafällen eine vermehrte Urobilinogenbzw. Urobilinausscheidung, dagegen niemals positive Diazoreaktion. Geppert Hamburg-Eppendorf).

134. **Serumprophylaxis en -therapie van tetanus;** door W. Hamburger. (Geneesk. Bladen 1917. Bd. 19. H. 12. S. 439.)

Kritische Übersicht über den heutigen Stand unserer Kenntnisse von der Serumprophylaxis und -Therapie des Tetanus. Zweck der Arbeit war die Feststellung des zweckmäßigsten Verabreichungsverfahrens und der erforderlichen Quantität des Serums. Aus den Versuchen am *Spronckschen* Bakteriotherapeutischen Institut in Utrecht geht hervor, daß kleine Mengen eines starken Serums im Körper bald vernichtet werden und die hervorgerufene Immunität infolgedessen bald verschwunden ist. Größere Mengen (10 ccm) eines schwächeren Serums (2 A. E.) haben den Vorteil, daß die Immunität länger dauert. Die Furcht vor der Serumkrankheit ist übertrieben. Injektionsstelle unter der Haut. Therapeutisch mache man am liebsten eine intradurale Injektion mit nachfolgenden intramuskulären Einspritzungen von insgesamt 200 A. E. bei Erwachsenen, 100 A. E. bei Kindern in 300 ccm Serum. Die Behandlung wiederhole man in 5 bis 7 Tagen. Literatur im Text. Lamers (Herzogenbusch).

IX. Hygiene.

135. **Fortschritte in der Berliner Diphtheriebekämpfung;** von E. Seligmann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 23. S. 45.

Überblick über Anordnungen und Verfügungen der Berliner Diphtheriebekämpfung unter besonderer Betonung der Fürsorgetätigkeit der Diphtherieschwestern, unter deren Einfluß die Mortalität schon im ersten Vierteljahr absinkt, um dauernd niedriger zu bleiben.
Cordes (Berlin).

136. **Ein neuer multivalenter Ruhrschutzimpfstoff;** von F. Ditthorn und W. Loewenthal. (D. med. Woch. 1917. S. 966.)

Ruhrbazillen der verschiedenen Typen werden in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt und mit 0,5% Karbolsäure versetzt. Die Ruhrbazillen sind nicht durch Hitze, sondern durch die Karbolsäure abgetötet. Die giftigen Gruppen werden auf einem nicht näher beschriebenen physikalisch-chemischen Wege weniger schädlich gemacht.
Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

137. **Zur Übertragung des europäischen Rückfallfiebers (Febris recurrens) durch die Kleiderlaus;** von J. Koch. (D. med. Woch. 1917. Nr. 34. S. 1066.)

Gehäuftes Auftreten von Rekurrenserkrankungen bei rumänischen Kriegsgefangenen gab K. Gelegenheit zu Forschungen nach dem Überträger der Krankheit. Bei 16 Personen wurden Läuse gefunden, die die Spirochäten enthielten (Tuschepräparate). Später fanden sich in den Kleiderläusen von 8 Leuten die Spirochäten. Es ließ sich feststellen, daß die Erreger sich in der Laus vermehren.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

138. **Die Übertragung von Rekurrensspirochäten durch Kopfläuse;** von H. Werner und O. Wiese. (Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. 1917. Bd. 21. S. 139.)

Elf Kopfläuse, die von einem Gesunden abgenommen waren und innerhalb der letzten 5 Tage ihres Lebens spirochätenfreies Blut sogen, wurden einem Rekurrenskranken mit zahlreichen Spirochäten auf der Höhe des Fiebers angesetzt. Am 8. Tage nach dem Ansetzen zeigte sich bei zwei Läusen eine starke Vermehrung von Spirochäten in der Leibeshöhle.
Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

139. **Ratten als Paratyphusbazillenträger;** von A. Herz und A. Trawiński. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 524.)

Bei zwei von acht untersuchten Ratten, die in einem mit Typhus-, Paratyphus- und Dysenteriekranken belegten Epidemiespital gefangen wurden, konnten aus dem Darminhalt Paratyphus A- resp. Paratyphus B-Bazillen gezüchtet werden. Es ist anzunehmen, daß die Tiere mit den Dejekten infektiös Erkrankter in Berührung gekommen sind, auf diese Weise die Keime in sich aufgenommen haben und so zur Weiterverbreitung beigetragen haben.
Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

140. **Versuch einer Verbesserung des Typhusnachweises im Wasser;** von G. Salus. (Med. Klin. 1917. S. 272.)

Die Kuhnsche Methode der Adsorption von Typhusbazillen an Bolus wird zum Nachweis der Keime in Wasser verwendet und hat gute Resultate erzielt. Eine weitere Anreicherung wird durch Zusatz von agglutinierendem Immunserum zu einer Bazillenvorkultur erreicht. Das Verfahren hat gegenüber den anderen Nachweismethoden den Vorzug, daß besonders das störende Bact. coli ausgeschaltet wird.
Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

141. **Über das kombinierte Kohlejodverfahren zur Heilung von Typhusbazillenträgern nach Dr. Kalberlah;** von Th. Bongartz. (Arb. a. d. Kais. Ges. 1917. Bd. 50. S. 371.)

Die kombinierte Verabreichung von Jod und Kohle an Bazillenträger nach dem Vorschlage von Kalberlah ist ohne Einfluß auf die Bazillenausscheidung. Es schieden im Gegenteil sämtliche Bazillenträger nach der Behandlung häufiger aus als zuvor. Ein Urteil über eine Methode zur Heilung von Bazillenträgern kann sich bei der sehr wechselnden Ausscheidung von Typhusbazillen nicht mit einigen wenigen Kontrolluntersuchungen begnügen, sondern kann erst auf Grund längerer Beobachtung und fortlaufender Kontrolle gebildet werden. Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

142. **De verspreiding van de Echinococcus-ziekte in de Noordelijke Provinciën;** door J. Snapper. (Geneesk. Bladen Bd. 19. H. 7. S. 233. 1917.)

Die von Sn. gesammelten Statistiken über die geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens in der ganzen Welt ergeben, daß in der holländischen Provinz Friesland diese Krankheit mehr wie 2mal so häufig vorkommt wie in Mecklenburg und ebenso häufig wie in Dalmatien. In der kleinen Ortschaft Harlingen kommen mehr als 9mal soviel Fälle zur Beobachtung wie in den Universitätskliniken zu Rostock. Unter der Stadtbevölkerung in Friesland ist die Krankheit 2—3mal so häufig wie auf dem Lande. In der Zahl und der Art des Viehes, in der Zahl der Hunde und der Feuchtigkeit des Bodens liegt die Ursache nicht. Allerdings werden in Friesland, mit sehr feuchtem Boden, sehr viele Schafe gehalten, bei denen in etwa 37% Echinokokkuszysten gefunden werden. Ob viele Hunde erkrankt sind, ist nicht bekannt. Sn. ist aus seinen Nachforschungen zum Schluß gekommen, daß die Verbreitung der Echinokokkuskrankheit in einer bestimmten Gegend nur im Zusammenhang steht mit der Zahl der Schafe, die ohne Kontrolle geschlachtet werden. Harlingen ist der Export-Hafen für Schafe nach England. Dort ist kein offizieller Schlachthof, sondern jeder schlachtet für sich, und die Abfälle werden zum Teil den Hunden verfüttert, was noch genießbar ist, wird auf dem Lande und an arme Leute verkauft. Sn. schließt, daß, um die Krankheit mit Erfolg zu bekämpfen, hygienische Maßnahmen erforderlich sind.
Lamers (Herzogenbusch).

143. **Sonne und Klima im Kampfe gegen die Tuberkulose;** von L. Heusner. (Therap. Monatsh. 1917. S. 133.)

H. tritt sehr warm für eine ausgedehnte Anwendung der Sonnenbehandlung bei allen Formen von Tuberkulose ein, da das Licht eines unserer mächtigsten Heilfaktoren ist. Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

144. **Über die Verwendung der keimtötenden Fernwirkung des Silbers für die**

Trinkwassersterilisation; von P. Saxl. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 965.)

Wird eine Glasflasche mit Wasser gefüllt und ein Silberdraht hineingetan, so nimmt nach etwa 14 Tagen die Innenwand der Flasche eine ähnliche keimtötende Wirkung an, wie sie der Silberdraht besitzt. Wird eine solche Flasche jetzt mit Wasser gefüllt und abermals ein Silberdraht, der immer wieder von neuem benutzt werden kann, hineingetaucht, so ist das Wasser nach 8 Stunden als von pathogenen Keimen freies Trinkwasser zu gebrauchen.

Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

145. **Ein neues Mittel zur Bekämpfung der Stechmücken;** von E. Teichmann. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 1041.)

In Blausäuregas sterben Mücken schon nach 15 Minuten, wenn das Gas in 0,02—0,03 Vol. Proz. angewandt wird. Die Blausäure wird aus Zyannatrium und Schwefelsäure in der gleichen Weise entwickelt, wie es T. als Mittel zur Entlausung beschrieben.

Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

146. **Ausgedehnte Impfpockenaussaat unmittelbar nach erfolgloser Wiederimpfung;** von A. Stühmer. (Med. Klin. 1917. Nr. 16. S. 453.)

Durch Kratzen entstanden an anderer Körperstelle neben den am Arm erfolglosen Impfpusteln gut angegangene. S. nimmt für das Versagen der Impfung am Arme eine lokalisierte Immunität der Haut in Anspruch.

Cordes (Berlin).

147. **Sofortige Wiederholung der Impfung bei ihrer Erfolglosigkeit;** von J. Schwalbe. (D. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 489.)

Sch. und andere machten wiederholt die Erfahrung, daß durch sofortige Vakzination erfolglos Geimpfter eine volle Reaktion erzielt wurde. Sch. wünscht deshalb, daß durch Bundesratsverordnung ganz allgemein die *erneute Impfung unmittelbar nach Feststellung der Erfolglosigkeit,* also bei der Nachschau, vorgeschrieben werden möge.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

148. **Schutzimpfungen und ihre Beziehung zur Erkrankung;** von H. Eich. (D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 933.)

Nach Ausführung von 45—50000 Schutzimpfungen und nachheriger Beobachtung der meisten der Geimpften kommt E. zu folgenden Schlüssen: Typhusschutzimpfung und Choleraschutzimpfung zeigen schon bezüglich der Impfreaktion erhebliche Unterschiede; die letztere macht bedeutend geringere Reaktionserscheinungen als die erstere; diese fehlen meist schon bei der ersten Wiederholungsimpfung, während die Typhusschutzimpfung oft noch nach der dritten und vierten Wiederholung fast wie eine leichte Erkrankung wirkt. Nebenerscheinungen sah E. bei Choleraschutzimpfung: in einem Falle heftige Urtikaria ohne Temperatur, in einem anderen am der Impfung folgenden Tage Schwellung des Dorsum manus mit Schmerzen bei Bewegung, die bei Druck auf die Impfstelle schwanden. — Bezüglich der Wirkung der Choleraimpfung auf eine folgende Choleraerkrankung sah E.: von nichtgeimpften älteren Leuten (über 50 Jahr alt) starben ca. 75%, von den jüngeren nicht geimpften etwa 60%, von jüngeren geimpften etwa 30%. Die Geimpften, die die Krankheit überstanden, erholten sich leichter, als die nichtgeimpften Rekonvaleszenten.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

C. Bücherbesprechungen.

1. **Das geschmackliche Harmonieren der Speisen der Garküche;** von W. Sternberg. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. Würzburg 1917. Curt Kabitzsch, Verlag, 103 S. (1 Mk.)

St. bespricht als Gegensatz zur Diät, die sich zusammensetzt aus Nahrungsstoffen und Nahrungsmitteln, die Zusammenstellung der fertiggestellten Gerichte zu einem Gang, nicht zu einer Mahlzeit.

Er betont den Wert des Zusammenpassens der Mischungen, sowie des Zusammenpassens der einzelnen Gänge. Das Werkchen hat nicht nur Interesse für den Arzt, der den Appetit des Kranken steigern muß, es empfiehlt sich besonders auch für Sanatorien und für alle Küchen, die dafür sorgen müssen, daß durch den regeren Appetit der Patienten die Nahrungsaufnahme gesteigert wird.

Cordes (Berlin).

2. **Kurzer Leitfaden für die klinische Krankenuntersuchung;** von A. Strümpell. 8. Aufl. Leipzig 1912. F. C. W. Vogel. 64 S. (1 Mk. 50 Pf.)

Der erfahrene Kliniker gibt in dem kleinen Werkchen in knappster Form eine Anleitung zur genauen klinischen Untersuchung des Kranken, das nicht nur den Studierenden eine Handhabe bieten soll, sondern auch dem erfahrenen Praktiker gestattet, schnell etwas momentan Entfallenes zu ergänzen, wenn auch dadurch in keiner Weise die großen Lehrbücher entbehrlich oder überflüssig gemacht werden sollen.

Cordes (Berlin).

3. **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung;** herausgegeben von J. Schwalbe. Heft III Neurosen. Leipzig 1917. G. Thieme. 81 S. (3 Mk.)

Das Kapitel Neurosen wurde von L. W. Weber (Chemnitz), das der Unfallsneurosen von Nägeli bearbeitet. Den praktischen Arzt dürfte die Lektüre des flüssig geschriebenen Hefts vor manchen diagnostischen und therapeutischen Irrtümern bewahren.

Jolly (Halle a. S.).

4. **Nervenstörung und innere Sekretion;** von J. Bresler nach A. Biedl bearbeitet. Halle a. S. 1917. Carl Marhold. 75 S. (1 Mk. 20 Pf.)

B. gibt im Inhalt des kleinen Heftchens all das, was in A. Biedls Werk über die innere Sekretion sich auf Nerven- und Geisteskrankheiten bezieht.

Cordes (Berlin).

5. **Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung in der Schweiz.** Sammlung von Aufsätzen, herausgegeben von der schweizerischen Zentral-

kommission zur Bekämpfung der Tuberkulose. A. Francke, Bern 1917. 603 S., zahlreiche Abbildungen. (6 Fr.)

Die Schrift war als Festschrift für die internationale Tuberkulosekonferenz 1914 in Bern gedacht. Sie bringt neben einem Nachruf auf den verstorbenen verdienstvollen Vorsitzenden Schmidt 27 Aufsätze, in denen die Tuberkuloseverbreitung und die Organisation ihrer Bekämpfung in der Schweiz dargestellt werden. An dem Kampf gegen die Tuberkulose beteiligen sich besondere Vereinigungen, die sonstigen gemeinnützigen Vereine und die Behörden; daneben noch besondere Frauenvereine der deutschen und romanischen Schweiz. In zwei Kapiteln für sich wird die Bekämpfung der Tuberkulose beim Kinde und in der Schule dargestellt, in anderen Aufsätzen der Einfluß von Wohnung und Beruf auf die Tuberkulosemortalität und Morbidität. Eine Anzahl von Abhandlungen schildert die zahlreichen musterhaften Erholungsheime, Volksheilstätten und Fürsorgestellen, sowie die Höhenkurorte Davos, Arosa, Leysin usw. Aus berufener Feder wird von *Bernhardt* und von *Rollier* die Heliotherapie besprochen. Es folgen Aufsätze über die Tuberkulosespitäler und -Abteilungen in der Schweiz und über die Tuberkulose in der Armee. Ein besonderes Kapitel von *Jadassohn* behandelt die Lupusbekämpfung. Den Schluß bilden Zusammenstellungen der zahlreichen Schweizer Arbeiten auf dem Gebiet der Tuberkuloseforschung und der Publikationen in den drei Landessprachen.

Fränkel (Heidelberg).

6. **Fleckfieber;** von J. Bresler. Halle a S. 1917. C. Marhold. 58 S. (1 Mk.)

Unter genauer Berücksichtigung der neuesten Literatur referiert B. eingehend über die während des Krieges so besonderes Interesse in Anspruch nehmende Krankheit. Cordes (Berlin).

7. **Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen, einschließlich der Ernährungsstörungen der Brustkinder in der Neugeburtszeit;** von Rud. Th. v. Jaschke. (Deutsche Frauenheilk. III. Bd.) Wiesbaden 1917. J. F. Bergmann. 480 S. m. 94 Abb. u. 4 Taf. (25 Mk.)

Trotz der jüngst erschienenen beiden größeren Abhandlungen von *v. Reuß* (D. Krankheiten d. Neugeb. 1914) und *v. Pfaundler* im Döderleinschen Handbuch stellt wohl das vorliegende Werk geradezu eine Notwendigkeit dar, denn es ist eine lückenlose Darstellung des ganzen Gebietes, beruhend auf einer großen persönlichen Erfahrung und reicher Literaturkenntnis. Ganz besonders für den Geburtshelfer ist es um deswillen von hervorragender Bedeutung, weil es für ihn von einem Fachgenossen geschrieben ist und auf seine Bedürfnisse direkt zugeschnitten ist. Was den Praktiker vor allem angeht, so ist das Ernährungsproblem in mustergültiger Weise nach jeder Seite hin erschöpfend dargestellt, so daß er sich wohl für jeden vorkommenden Fall sicheren Rat holen kann, ein gerade heutigen Tags nicht hoch genug einzuschätzender Vorteil. Klien (Leipzig).

8. **Unfallkunde für Ärzte, sowie für Juristen und Versicherungsbeamte;** von Gelpke und Schlatter. Unter Mitwirkung von Nager und Sidler-Huguenin. Bern 1917. A. Francke. 572 S. m. 18 Abb. (Brosch. 16 Mk., geb. 17 Mk. 50 Pf.)

Die Schweizer Verfasser betonen mit Recht, daß die Unfallversicherung von den Ärzten theoretische und praktische Kenntnisse verlangt, welche der bisherige Studiengang nicht oder nur mangelhaft gegeben hat, daß die gründliche Einführung der Ärzte in dieses Gebiet aber auch von großem pekuniären Interesse für den Staat ist, eine Anschauung, die sich in Deutschland mehr die Berufsgenossenschaften als die Unterrichtsbehörden zu eigen gemacht haben.

Das Werk umfaßt zunächst die Definition des Unfalls, die Gesetzgebung besonders der Schweiz, das betrügerische Verhalten der Unfallverletzten, die ärztlichen Untersuchungsmethoden und die Begutachtung. Dann folgen die verschiedenen Momente, die Beziehungen von Krankheiten zum Unfall, von Alkoholismus, Nervenstörungen, Arterienverkalkung und Embolien. Diese Kapitel sind etwas kurz gefaßt, was wohl mit dem geplanten engen Umfang des Werkes zusammenhängt. Dann folgt eingehender der chirurgische Teil mit allgemeinen therapeutischen Bemerkungen, weiterhin ein Vergleich zwischen Haftpflicht und obligatorischer Unfallversicherung, die Schweizer Gesetzgebung auch bezüglich Gewerbevergiftungen und Berufskrankheiten.

Das Buch dürfte Studierenden und Ärzten zur Einführung und Orientierung ebenso nützlich sein, wie Juristen und Versicherungsbeamten. Rumpf (Bonn).

9. **„Praktische Unfall- und Invaliden-Begutachtung";** von P. Horn. Berlin 1918. Julius Springer. 234 S. (Geb. 9 Mk.)

Im vorliegenden Buche ist H. bestrebt, in möglichst knapper und systematischer Form einen allgemeinen Überblick über die verschiedensten Gebiete der Unfall- und Invaliden-Begutachtung zu geben, wobei er die rechtlichen, ebenso die wichtigsten allgemeinen und speziellen Gesichtspunkte in klinischer Beziehung bespricht. Das Buch will vorwiegend den praktischen Bedürfnissen dienen. Es ist nicht jenen Kompendien gleichzustellen, die für den Examenskandidat verfaßt sind, vielmehr ein Mittelding zwischen Handbuch und Lehrbuch. H. ist es in ausgezeichneter Weise gelungen, das umfangreiche Material in gedrängter und trotzdem übersichtlicher Art darzustellen. Das Buch dürfte von allen denen, die sich als Begutachter betätigen, insbesondere aber von dem praktischen Arzte mit Freuden begrüßt werden. In der Einleitung bespricht H. die Rechte und Pflichten des Arztes als Gutachter. Im I. Teil die Rechtsgrundlagen und die Untersuchungsmethoden. Im II. speziellen Teil werden die einzelnen Unfallschädigungen nach den Krankheitsbildern besprochen. Daran schließt sich die Besprechung der Invalidenbegutachtung an. Wünschenswert wäre es, wenn bei einer Neuauflage die bei der Unfallsbegutachtung so überaus wichtigen Pupillenbefunde mehr Berücksichtigung fänden. (Gestalt, Reaktion, Wechsel usw.) Der von H. angegebene Blutdruck von 150 vom 40. Lebensjahre ab dürfte etwas zu hoch gegriffen sein, auch ist das Fehlen der Patellarreflexe von 2% sicher zu hoch. Dem sonst ausgezeichneten Buche ist nur zu wünschen, daß es sich bald die Stelle eines unentbehrlichen Nachschlagebuches zur schnellen Information für den Begutachter, insbesondere aber für den praktischen Arzt erwirbt!

Müller-Heß (Beichlingen).

10. **Beiträge zur Kieferschußtherapie.** Aus Anlaß des einjährigen Bestehens des k. u. k. Reservespitales Nr. 17 (Spezialheilstätte für Kieferverletzte) herausgegeben von der Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie; redigiert von E. Steinschneider. Berlin und Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 268 S. mit zahlr. Abb. (15 Mk., geb. 17 Mk. 50 Pf.)

Durch die gemeinsame Arbeit von Chirurgen und Zahnärzten ist auch hier, wie aus den zahlreichen Ab-

bildungen hervorgeht, ganz Ausgezeichnetes geleistet worden. Es ist geradezu erstaunlich, wie die fürchterlichsten Verletzungen des Kiefers unter der sachgemäßen Behandlung mit zumeist recht gutem kosmetischem Resultat geheilt werden. Das anregend geschriebene Buch ist allerdings mehr kasuistisch gehalten, als als eigentliches Lehrbuch gedacht; trotzdem wird der Chirurg oder Zahnarzt, der sich mit Kieferschüssen zu beschäftigen hat, manche Anregung und Belehrung darin finden. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

11. **Über plastische Umwertung von Armamputationsstümpfen;** von H. Krukenberg. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 56 S. mit 44 Abb. (2 Mk.)

Die von K. empfohlene und bisher in 6 Fällen ausgeführte Vorderarmplastik bezweckt die Bildung eines lebenden, fühlenden und eine willkürlich zu bemessende Kraft ausübenden Greiforganes. Die äußere Form und Funktion ähnelt, besonders wenn die untere Gelenkplastik gelingt, der eines Daumens (Radius) und Zeigefingers (Ulna). Die Einzelheiten des Operationsverfahrens sind in der mit zahlreichen Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen. Immerhin ist das Aussehen des neugebildeten Greiforganes ein sehr erheblich von dem einer natürlichen Hand abweichendes, und es wird sich deshalb bisweilen aus kosmetischen Rücksichten das Bedürfnis nach einer Prothese, einer Sonntagshand bemerkbar machen. Mit der Plastik K.s ist eine so mannigfaltige Bewegungsfähigkeit des Stumpfes verbunden, daß sie bei richtiger Konstruktion der Prothese auch in sehr viel ausgiebigeren und sichereren Bewegungen der Kunsthand hervortreten muß, als das bisher der Fall war. Die Beschreibung der von K. konstruierten Prothese muß im Original nachgelesen werden. K. hat versucht, auch bei Oberarmstümpfen durch eine plastische Operation eine Art Greiforgan herzustellen. Wagner (Leipzig).

12. **Selbsthilfe bei Verwundeten im Felde.** Für Soldaten zusammengestellt von Dr. König. Leipzig 1916. E. Demme. 18 S. mit 12 Abb. (50 Pf.)

Die Anleitung ist auf Grund der Kriegssanitätsordnung und der Krankenträgerordnung bearbeitet und will dem verwundeten Krieger die Kenntnis des Allernötigsten über Wunden und Verletzungen, ihre Gefahren und über Verbände geben. Eine Anzahl Abbildungen erleichtern das Verständnis. (Schlichting (Kassel).

13. **Taschenbuch des Feldarztes.** IV. Teil: *Untersuchungsmethoden für Lazarett-Laboratorien und praktische Ärzte;* von H. Lipp. 2. Auflage. München 1917. J. F. Lehmann. 104 S. mit 3 farbigen Tafeln. (Geb. 3 Mk. 50 Pf.) VI. Teil: *Chirurgische und orthopädische Nachbehandlung der Verwundeten;* von Alb. Krecke u. F. Lange. 53 S. mit 6 Abb. (Geb. 1 Mk. 60 Pf.) VIII. Teil: *Sektionstechnik;* von G. Oberndorfer. 88 S. mit 22 Abb. (Geb. 2 Mk. 50 Pf.)

3 kleine handliche, klar geschriebene Büchlein, die dem Feldarzt viel Anregung bringen und gut zum Nachschlagen geeignet sind. Die Abbildungen sind, wie man es bei dem Verlag gewohnt ist, gut. Schlichting (Kassel).

14. **Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung.** I. Teil. Herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Jena 1917. Gustav Fischer. 320 S. (Brosch. 4 Mk., geb. 6 Mk. 50 Pf.)

Im vorliegenden Band, den der Generalsekretär Prof. C. Adam redigierte, sind 10 Vorträge wiedergegeben, die im Herbst 1916 unter Förderung der Medizinalabteilung im Kriegsministerium im Kaiserin Friedrich-haus gehalten worden sind. Anerkannte Fachleute haben in ihrem Spezialgebiet das Wort ergriffen. Das Buch sollte allen, die militärärztlich als Sachverständige tätig sein müssen, als Nachschlagebuch dauernd zur Hand sein. Schlichting (Kassel).

15. **Zur Sexualethik des gebildeten jungen Mannes;** von H. Hinselmann. Bonn 1917. Friedrich Cohen. 29 S. (Brosch. 1 Mk. 20 Pf.)

Verlangt die Keuschheit bis zur Ehe und bespricht die einzelnen Momente, um diese zu gewährleisten. Sieht in der frühzeitigen Ehe ein begrüßenswertes, aber gerade in den gebildeten Ständen schwer zu erreichendes Schutzmittel. Wesentlich die gewollte Keuschheit unterstützende Momente sieht er in der Religion, in allgemein-philosophischen Idealen, in der Zugehörigkeit zu Gemeinschaften, z. B. studentischen, die die Keuschheit fordern, besonders aber auch in der häuslichen Erziehung. Das anregende Schriftchen, das von einem, wie Verfasser selbst sagt, geschrieben ist, der sich vordem nie mit diesen Fragen befaßte, bringt manche neue Gesichtspunkte. Cordes (Berlin).

16. **Die sexuelle Untreue der Frau.** 2. Teil: *Das feile Weib;* von E. H. Kisch. Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 210 S. (Brosch. 5 Mk. 40 Pf., geb. 7 Mk.)

Nachdem der bekannte Marienbader Badearzt im ersten Teil dieser sozial-medizinischen Studien mit dem weiblichen Ehebruch bekannt gemacht, schildert er in dem nun vorliegenden zweiten Teile die Geschlechtsuntreue des Weibes, wie sie besonders in der *Prostitution* zu suchen ist. Der Verfasser führt uns nicht nur die Umrisse dieses weiblichen Lasters vor Augen, sondern sucht auch ihr Wesen zu analysieren, die Ursache zu erforschen und Vorschläge für die Bekämpfung des Übels zu machen. Die einzelnen Typen sind scharf gezeichnet vom „Verhältnis" der Jugendlichen, dem Mätressentum und Konkubinat bis zur öffentlichen Straßendirne. Hinsichtlich der Bordellfrage wird das Für und Wider erörtert, der Standpunkt der Abolitionisten abgelehnt. Aus dem Ganzen spricht der sittliche Ernst des Forschers und Arztes und überall verrät sich die große Vertrautheit des Verfassers mit Literatur und Geschichte. Bachem (Bonn).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

85. JAHRGANG BAND 328 HEFT 2
AUGUST 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 328 | August 1918

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Neuere Arbeiten über Pathologie und Therapie der Verdauungsorgane.

Von

Dr. P. Kadner

in Loschwitz bei Dresden.

I. Speiseröhre.

1. Sternberg, W., Eine praktische Methode zur Erlernung der modernen Ösophagoskopie. Therap. Monatsh. Bd. 31. Nr. 1. 1917.

2. Schittler, E., Fremdkörper der Luft- und Speiseröhre. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 7. S. 193; Nr. 8. S. 232.

3. Sternberg, W., Ein weiterer therapeutischer Kunstgriff für die Überwindung impermeabler Ösophagusstenosen. Therap. Monatsh. Bd. 31. Nr. 1. 1917.

Die Arbeit von Sternberg (1) behandelt die *Ösophagoskopie mittels des Brüningsschen Instrumentariums,* als dessen Vorzüge das eigenartige Elektroskop, die Teilbarkeit der Untersuchungsrohre und die Spatelform des Endes der Außenrohre hervorgehoben werden. Dasselbe Instrument kann *auch als Rektoskop* verwendet werden; dieses Instrument gestatte eine schonende Untersuchung, so daß es sogar bei Graviden anzuwenden sei; mittels desselben läßt sich auch die Prostata vom Rektum aus behandeln; *für die Kinderpraxis sei es besonders zu empfehlen.*

Aus einer Anzahl von Krankengeschichten weist Schnittler (2) den großen Nutzen der *Endoskopie* für die Behandlung der Fremdkörper in Luft- und Speisewegen nach. Die Arbeit dürfte besonders praktischen Ärzten zur Kenntnisnahme zu empfehlen sein.

Sternberg (3) rät bei Kranken mit Ösophagusstenosen die Untersuchung und Behandlung mit Spülungen zu beginnen, und zwar mit alkalischen Lösungen. Ferner tue die heizbare elektrische Sonde oft gute Dienste. Solange es sich nur um Sondierung handelt, sei Butter das beste Schmiermittel, die man vorher schlucken läßt. Wo nach der Sondierung Endoskopie in Aussicht genommen ist, muß Paraffin als Schmiermittel gewählt werden. Nützlich sei es, die Sonde mit individuellen Geschmacksmitteln — Rum, Kognak, Schokolade — zu armieren, oder mit Menthol, Menthol-Präparaten, Kokain mit Adrenalin und Atropin, Morphium. Schlucken oder Trinken bringt manchmal die Sonde durch die Enge. Um das untere Ende der Sonde nach vorn ventral zu bringen, könne man den langen Griff, den Gyergyai zur Untersuchung des Nasenrachenraumes benutzt, anwenden und das Ösophagoskop als Leitrohr (Abbildung). Ferner verweist St. auf die von ihm angegebene neue „Position“ zur ösophagoskopischen Untersuchung (Münchn. med. Woch. 1915. Nr. 9 bzw. „Die Kardioskopie“ Münchn. med. Woch. 1916).

II. Magen.

4. Landerer, R., Magendiagnostik ohne Schlundröhre. Med. Klin. 1916. Nr. 42. S. 1098.

5. Rauber, Fr., Eine einfache quantitative Pepsinprobe. D. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 400.

6. Michaelis, L., Einige Fortschritte zur Erreichung einfacher, klinisch brauchbarer chemischer Untersuchungsmethoden bei Magenkrankheiten. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1917. März S. 3.

7. Lippman, Caro W., Selected points in gastro-intestinal diagnosis. Calif. State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 10. S. 399. 1916.

8. Lüthje †, Hugo, Über Magenchemismus, Pylorusstenose und nervöse Dyspepsie. Ther. d. Gegenw. Bd. 58. H. 2. S. 41. 1916.

9. Weiland, W., Betrachtungen über gastrointestinale Störungen während der Kriegszeit im Heimatsgebiet. Ther. d. Gegenw. 1917. H. 8. S. 281.

10. Saalmann, Krebs und Krieg. D. med. Woch. 1917. Nr. 32. S. 1010.

11. Schüle, Magenpathologische Fragen. Ther. d. Gegenw. 1917. H. 4. S. 133.

12. Einhorn, M., Über Gastrohydrorrhöe bei Leberzirrhose in Begleitung von Pförtnerverengerung. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 51. S. 1361.

13. Wright, L. T., The affect of alcohol on the rate of discharge from the stomach. Boston med. and surg. Journ. Nov. 2. 1916. Nr. 18. S. 627.

14. Strauß, H., Über Gastrohydrorrhöe. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 7. S. 158.

15. Boas, J., Über spastische Pylorusstenose (Pyloritis ulcerosa). D. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 801.

16. Salomon, H., und D. Charnass, Über die Differentialdiagnose zwischen Ulcus, Karzinom und Perniziosa auf Grund der Urobilinausscheidung im Stuhle. D. med. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1556.

17. Roemheld, L., Über die militärische Verwendung verdauungsschwacher Heeresangehöriger auf

der Grundlage des Differenzierungsprinzips. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1917. Nr. 7. S. 193.

18. Gerhardt, D., Über die Heilbarkeit des Magengeschwürs. Ther. d. Gegenw. 1917. H. 1. S. 1.

19. Bircher, Eugen, Über Gastroptose und Gastropexie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 13. S. 385.

20. Kubczak, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Pneumatose des Magens und Darmes. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 10. S. 267.

21. Stekel, Wilhelm., Der nervöse Magen. Wien 1918. Paul Knepler.

22. Stampelmohr, St. von, Über eine Form von Scheingeschwülsten im Magen. (Gastritis phlegmonosa circumscripta.) D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 127.

23. Gottgetreu, H., Über Digestomal. Allg. med. Zentralzeit. 1918. Nr. 10. S. 36.

Für die nicht so seltenen Fälle, in denen die Anwendung der Schlundröhre bei Magenleidenden nicht zu empfehlen ist — Boas stellt 16 Kontraindikationen auf — erinnert Landerer (4) neben Krankenexamen und lokalen Untersuchungsmethoden an verschiedene andere Wege der Beobachtung. Aus dem *Erbrochenen* kann man auf zu hohe Säuresekretion schließen, wenn es sehr sauer ist. Milchsäure ist ein ernster Befund, wenn ihre Entstehung aus Kohlehydraten oder Milch *nach* der Entleerung des Erbrochenen ausgeschlossen werden kann. *Kaffeesatz* hat die bekannte Bedeutung, andere Blutbeimengungen können aber aus Schlund, Zahnfleisch, Nase stammen. *Positiver Befund* von Lab und Pepsin im Erbrochenen ist verwertbar, *nicht aber ihr Fehlen. Mikroskopisch* ist nur der Befund von langen Milchsäurebazillen diagnostisch bedeutungsvoll. Die *Fäzesuntersuchung* nach Adolf Schmidt gibt Auskunft über die Verdauungsfähigkeit des Magens. Findet sich zugeführtes Fleisch mit möglichst wenig verändertem Bindegewebe im Stuhl in gleichem Zustande wieder, so ist der Magen dieser Aufgabe nicht gewachsen, gewöhnlich wegen HCl-Mangel. Man versichere sich aber, daß der Pylorus gut durchgängig ist und daß nicht stärkere Diarrhöe besteht. Die *Schmidtsche Fäzesprüfung* ist übrigens sehr umständlich: 3 Tage Bettruhe bei Probekost. Das Ergebnis bezieht sich auch nur auf diese künstlich eingeführten Verhältnisse. Mikroskopischer Befund von unverdauten Muskelfasern, unverdauter Stärke (Lugol) und von viel Fett weist auf Dünndarmkatarrh hin. Doch kann die Nahrung dem Dünndarm auch schon wenig verändert zugegangen sein. Das ist häufiger der Fall. Klinische Blutbeimengungen stammen von um so höherer Stelle, je geringer sie sind. — *Magenschmerzen bei leerem Magen, die sich durch Nahrungsaufnahme bessern, beruhen auf Übersäuerung,* ebenso Besserung der Schmerzen bei Alkalidarreichung mit oder ohne Belladonna. Orexin steigert die Schmerzen. Bei Neigung zu Diarrhöe und Verdacht auf Säuremangel ist zu rasche Entleerung des Magens wahrscheinlich, zu langsame bei Hyperazidität. Kaffeesatz im Erbrochenen zeigt zwar Karzinom des Magens an, aber zu einer Zeit, zu der operative Hilfe nicht mehr zu bringen ist. Die frühzeitige Diagnose des Krebses ist nur durch die Schlundsonde zu gewinnen — muskuläre Insuffizienz und ihre Ursache. Die motorische Leistung des Magens, wie des Darmes wird am sichersten röntgenologisch erkannt.

Rauber (5) sagt: Das Haupterfordernis für eine quantitative *Pepsinprobe* ist eine *konstante Eiweißlösung.* Diese stellt man her aus normalem Rinderblutserum mit Karbolzusatz von den Höchster Farbwerken. Man entnimmt der Ampulle mit steriler graduierter Pipette 0,4 ccm Serum, spritzt in Standgefäß, spült die Pipette nach und verdünnt auf 200. Von dieser Eiweißlösung 1 : 500 füllt man je 2 ccm in Reagenzgläser und setzt zu jedem steigende Mengen von Magensaft: 0,18; 0,24; 0,32; 0,40; 0,50; 0,60; 0,72; 0,85; 1,0; 1,20. Bei anaziden Säften 0,40; 0,50; 0,60; 0,72; 0,85; 1,00; 1,20; 1,50; 2,00; 3,00. Als Verdünnungsflüssigkeit für den Magensaft dient $^1/_{10}$ Normalsalzsäure 300, Aqu. dest. 700. Die durchgeschüttelten Reagenzgläser werden 30 Minuten im Wasserbad von 37—40° C belassen, und dann jedes mit 0,6—1,0 chemisch reiner konzentrierter Salpeter- oder Metaphosphorsäure unterschichtet. Wo das Eiweiß verdaut ist, bleibt der Inhalt klar; sonst tritt an der Berührungsfläche ein *weißer Ring* auf, der nach 5 Minuten ganz deutlich ist. *Normalerweise ist 0,42 bzw. 0,40 ohne Ring.* Was bei wiederholten Untersuchungen unter 0,40 ist, stellt herabgesetzte Werte dar. *Anazide Säfte* bedürfen eines größeren Zusatzes von verdünntem Magensaft, wobei *Auftreten eines Ringes bei 2,0 Saftzusatz Fehlen von Pepsin* bedeutet.

In einer sehr gründlichen Arbeit gibt Michaelis (6) folgende Vorschrift für die *Aziditätsbestimmungen des Magensaftes:* 10 ccm des eine Stunde nach einem Ewaldschen Probefrühstück ausgeheberten Magensaftes werden mit einer $^1/_2$proz. alkoholischen Lösung von Dimethylamidoazobenzol und mit 3 Tropfen einer 1proz. alkoholischen Lösung von Phenolphthalein versetzt und ohne weitere Verdünnung mit $^1/_{10}$ normal Kalilauge titriert. Es wird notiert: 1. der Punkt, wo die rosenrote ursprüngliche Farbe des Saftes lachsfarben geworden ist; 2. der Punkt, wo eine rein zitronengelbe Farbe eingetreten ist, die bei weiterem Titrieren nicht rein gelb wird; 3. der Punkt, wo das Phenolphthalein eben eine merklich dauernde Rötung zeigt. Der erste Punkt (auf 100 ccm Magensaft umgerechnet, also mit 10 multipliziert) gibt die freie Salzsäure, die Mitte zwischen dem zweiten und dritten Punkt die gesamte Salzsäure und der dritte Punkt nach alter Definition die Gesamtsäure (worin auch ein Teil der Eiweißkörper enthalten ist). Magensäfte ohne freie Salzsäureazidität werden mit $^1/_{10}$ normal HCl zurücktitriert, erstens bis zur beginnenden Orangefärbung, zweitens bis zum lachsfarbenen Punkt. Der erste Punkt, wenn er negativ ist, gibt das Salzsäuredefizit an. Ist der zweite Punkt negativ ebenso groß oder größer als der positive Phenolphthaleinwert, so enthält der Saft keine, auch nicht gebundene, Salzsäure. *Es fehlt die Fähigkeit, Salzsäure zu produzieren.* Als einen nützlichen Ersatz für die chemische Reaktion bezeichnet M. die Dermoidreaktion. Sie zeigt dadurch freie Salzsäure im Magen an, daß der Harn 8—12 Stunden nach der Einnahme der Kapsel (aber niemals erst später beginnend) blau wird. Die Probe fällt nur dann positiv aus, wenn freie Salzsäure vorhanden ist, auch bei Subazidität. Bei Fermentmangel wird sie auch dann nicht positiv, wenn die Kapsel mit Salzsäure zusammen gereicht wird. Gibt man die Kapsel 2 Stunden vor dem Morgenfrühstück mit einem Schluck Wasser, so wird sie nur ganz ausnahmsweise vom normalen Magen verdaut; 3 Stunden vor dem Frühstück gegeben wird sie nie verdaut; geschieht es doch, so ist Magensaftfluß vorhanden (wirksames Magensekret im nüchternen Magen oder Stauungsinsuffizienz mit salzsäurehaltigem Nüchtern-Rückstand). Es gibt Fälle, die beim Probefrühstück keine Salzsäure zeigen, aber die Kapsel während des Mittagessens verdauen: Mägen, die normal funktionieren können, aber eines stärkeren Anreizes bedürfen als das Probefrühstück ist.

Lippmann (7) weist aus einigen Krankengeschichten nach, wie wichtig für die Beurteilung von Darmkrankheiten die Verwendung der Schmidtschen Probekost und die Röntgenuntersuchung sein können.

Positive Milchsäurereaktion des Magensaftes deutet, wie Lüthje (8) schreibt, auf eine Form des Magenkatarrhs hin, wie sie sich am häufigsten bei *Karzinom* findet, aber Milchsäure *fehlt* in einer nicht geringen Zahl von Fällen zweifellosen — autoptisch oder ope-

rativ bestätigten — Magenkrebses. Auf das *Fehlen* der Milchsäure dürfe also kein zu großes Gewicht gelegt werden, nicht einmal im Sinne eines Katarrhes, wenigstens nicht, wenn die Untersuchung nach Probefrühstück oder Probemahlzeit vorgenommen wird. *Mit Probefrühstück allein solle man sich nie begnügen.* Die Säurewerte schwanken überhaupt bei derselben Person erheblich, je nachdem man fast reine Eiweiß-, fast reine Kohlehydrat- oder fast reine Fettkost verabreicht. Nach Curschmann jr. ist oft da, wo nach Probefrühstück oder Probemahlzeit freie Salzsäure fehlte, genügend Salzsäure nach einer beliebigen, demPatienten besonders angenehmen „Appetitmahlzeit" vorhanden. Als bequemes Mittel des Nachweises von freier Säure empfiehlt L. die Sahlische Dasmoidreaktion. Die Methylenblaupille wird gegen Ende der Mahlzeit genommen, Grünfärbung des Harnes beweist die Awesenheit freier Salzsäure im Magen (Übereinstimmung mit den gewöhnlichen Methoden in 94%). — Ergebnislose Ausheberung des nüchternen Magens sei kein sicherer Beweis für Suffizienz des Magens; in solchen Fällen findet man nicht selten erhebliche Reste 7 Stunden nach Probemahlzeit. — Dieser Befund sei stets das Zeichen für Vorhandensein einer Pylorusstenose irgendeiner Art — eine atonische Insuffizienz sei unter allen Umständen etwas außerordentlich Seltenes. — Bezüglich der nervösen Dyspepsie weist L. auf die bekannte Arbeit von Dreyfuß hin. Man solle die einzelnen Formen der Dyspepsia nervosa nach klinisch-psychiatrischen Gesichtspunkten scharf gegeneinander abgrenzen.

Die interessante Arbeit von Weiland (9) muß man selbst lesen.

Saalmann (10) widerspricht auf Grund statistischer Angaben der Annahme Kirchners, daß der Krieg durch die Ernährungsbeschränkung einen herabsetzenden Einfluß auf die Entstehung von *Krebsen*, namentlich Magen-Darmkrebsen zu haben scheine.

Eine kurze Kritik über diagnostische Fragen, die im Original gelesen werden sollte, gibt Schüle (11). Aus anschließenden therapeutischen Bemerkungen sei hervorgehoben, daß Sch. die ausgedehnte therapeutische Verwendung von *Gerste* empfiehlt. Diese wird unverändert mit Wasser 12 Stunden angesetzt und anderen Tages 4 Stunden lang auf dem Herd gekocht. Es wird ein (Wasser-)Mehlbrei daran gerührt und eine halbe Stunde mitgekocht und gesalzen. Soll die Gerste süß genossen werden, so gibt man ihr keinen Mehlbrei, aber nach 4stündigem Kochen Zucker und rohe geschälte Äpfel oder Pflaumen zu, die man eine halbe Stunde mitkochen läßt. Die Wirkung auf die Verdauung sei sehr günstig und *nicht blähend*. Bei starken Diarrhöen läßt Sch. durch ein grobes Sieb gepreßte Salzkartoffeln essen. Sie wirken durch Wasserentziehung obstipierend.

An einen seltenen Krankheitsfall — starker Alkoholmißbraucher mit Zeichen der Leberzirrhose und einer Stenose des Pylorus, leidet an häufigem massenhaften Erbrechen einer salzsäure- und fermentlosen Flüssigkeit, einer Gastrohydrorrhöe — knüpft Einhorn (12) interessante Erwägungen an: Da Magen und Leber beide von der Arteria coeliaca versorgt werden, so müssen Leberstörungen besonders leicht den Magen in Mitleidenschaft ziehen. Das hypertrophierende Bindegewebe bei Leberzirrhose drückt die Acini sowie die Arteriolen zusammen, daher gelangt *mehr Blut aus der Arteria coeliaca in die Magenwand als in die Leber;* ähnlich muß eine komplette Pylorusverengerung wirken, die den Dünndarm leer erhält, und eine lebhaftere Zirkulation in den höher gelegenen Blutgefäßen, ebenfalls der Art. coeliaca und den Magenarterien zur Folge haben muß. Es wird dadurch und durch die regulatorischen Bestrebungen des Organismus leicht zu Transsudation in den Magen kommen, wie auch in dem beschriebenen Falle. Die Richtigkeit dieser Auffassung wird durch den Umstand bestätigt, daß das unaufhörliche Erbrechen bei dem Kranken vorhanden war, aber kein Aszites, wie die Leberzirrhose hätte erwarten lassen, und daß, nachdem der Patient operiert war, die Gastroenterostomie also den Darm in Tätigkeit gebracht hatte, Aszites auftrat und das Erbrechen verschwand. Der gute Blutbefund (5 800 000 rote, 80% Hämoglobin) beruhte, ebenso wie das Fehlen des Aszites, auf der mangelhaften Flüssigkeitszufuhr zu dem Darm. Ein zweiter Fall zeigte ähnliche Verhältnisse.

Nach einer von Cannon (Amer. Journ. of Phys. Bd. 12. S. 388. 1904) angegebenen, im Pharmakologischen Laboratorium von Magnus in Utrecht nachgeprüften Methode arbeitete Wright (13). — Mittelgroße Katzen erhielten nach 24stündigem Fasten durch ein Schlundrohr 25 ccm Kartoffelmus mit 5 g Wismut. Der Mahlzeit wurden entweder 6 ccm 37% Alkohol oder 5 ccm 95% Alkohol zugesetzt. Zunächst nach einer halben Stunde, dann nach einer vollen Stunde, dann stündlich bis 4 Stunden nach der Mahlzeit wurden Röntgenbeobachtungen vorgenommen. Die schwächere Lösung brachte keine auffallenden Symptome hervor, die stärkere bewirkte eine heftige Intoxikation, an der jedoch kein Tier zugrunde ging. Bei Vergleich der normalen Kurve der Bewegung des Darminhaltes und der Alkoholkurven zeigt sich für den schwächeren Alkoholzusatz eine Beschleunigung der Bewegung, bei dem stärkeren Alkoholzusatz zunächst eine Verlangsamung und dann eine dauernde Steigerung bis zum Ende der dritten oder vierten Stunde. Dabei waren die peristaltischen Wellen, wenn überhaupt, so nur schwach sichtbar. Die Beschleunigung der Magenentleeerung durch den schwächeren Alkohol sei auf stärkere Bewegung, aber auch auf die reichlichere Säuerung des Mageninhaltes zu beziehen; ebenso sei die Zurückhaltung, die bei Zumischung des stärkeren Alkohols beobachtet wurde, sowohl durch Wirkung auf die Peristaltik als auf die Sekretion zu erklären. Der stärkere Alkohol habe auch die Nerven der Magenwand und möglicherweise die Muskelfasern beeinflußt, wie die Schwäche der peristaltischen Wellen zeige.

Strauß (14) beschrieb früher unter dem Namen *Hydrorrhoea gastrica* einen Zustand abnorm starker Abscheidung eines von Salzsäure und Fermenten freien Magensekretes, der in gewissen Fällen Hyperaciditas larvata sein kann, eine digestive Hypersekretion, bei der ein gesteigerter Säurewert durch eine abnorm starke Verdünnungssekretion verdeckt wird. St. beobachtete ferner Fälle von hochgradigster sekretorischer Insuffizienz des Magens, in welchen nach Probe-Ingestum trotz guter Motilität abnorm große Mengen von Flüssigkeit und nach Probefrühstück auch ein abnorm niedriger Schichtungsquotient beobachtet wurde, Erscheinungen, die St. als Ausdruck eines besonderen Zustandes betrachtet, der als Verdünnungssekretion zu betrachten wäre, bei der nicht das spezifische Sekret produziert wird. Es ist jetzt gelungen, das Vorhandensein dieses Zustandes auch röntgenologisch zu erkennen. Bei Achlorhydrie tritt die Intermediär-(Flüssigkeits-)Schicht im Röntgenbild meist langsamer und geringgradiger auf, als bei abnorm stark sezernierenden Magen.

Boas (15) erklärt, daß die sogenannte spastische Pylorusstenose mit Pylorospasmus durchaus nichts zu tun habe. Man solle das Krankheitsbild vielmehr als Pyloritis ulcerosa bezeichnen, da das *primäre Moment in dem Pylorusulcus gelegen sei, und die Motilitätsstörung erst in dessen Gefolge auftrete.* Die Diagnose der Pyloritis ulcerosa sei durch Nachweis okkulter Blutungen leicht zu sichern.

In einer interessanten Arbeit stellten Salomon und Charnass (16) fest, daß, während in normalen Fäzes der Urobilingehalt konstant ist, pathologische

Fäzes Unterschiede bieten: bei progressiver Anämie hochgradige Vermehrung, bei fortgeschrittenem Magenkarzinom starke Verminderung bis völliges Fehlen. Die Erscheinung läßt sich differentialdiagnostisch verwerten. Ulzera zeigen im Gegensatz zu Karzinomen normale oder leicht erhöhte Urobilinogenwerte.

Nach Roemheld (17) können Ulcusrekonvaleszenten im allgemeinen als „g. v." mit Schonungskost entlassen oder längere Zeit in die Heimat beurlaubt werden. Viele von ihnen werden wieder „k. v." Fälle von rezidivierendem Ulcus oder gutartiger Pförtnerverengerung, welche die Operation ablehnen, werden am besten als dienstuntauglich entlassen. An chronischer Gastritis mit oder ohne Darmkatarrh Leidende fühlten sich mit Schonungskost meist relativ wohl; sie wurden mit Schonungskost als „g. v." zum Truppenteil geschickt. Ältere Gastritiden wurden als „k. v." entlassen, möglichst nach Herrichtung des Gebisses. Achyliker und dauernd Sub- und Anazide, wenn der Darm gut funktionierte und der Ernährungszustand genügte, wurden als „k. v." bezeichnet, wenn nicht die Grundkrankheit es verbot. War die Ernährung schlecht, so wurden sie herausgefüttert, ehe die Entscheidung getroffen wurde, und dann erst über ihre Dienstfähigkeit entschieden. Patienten mit gastrogenen Durchfällen werden höchstens „g. v." mit Schonungskost (Facharbeiter). Die Fälle von Kolitis nervösen Ursprungs (Vagotonie, chronische Obstipation) wurden meistens als „k. v." bezeichnet. Postdysenterische Formen (Blut im Stuhl) bedürfen meist einer langen diätetischen Spezialbehandlung und später beim Truppenteil der Verordnung von Schonungskost (fein zerkleinertes Fleisch). Die Frage der Diensttauglichkeit der nervösen Dyspeptiker sei in erster Linie vom neurologisch-psychiatrischen Gesichtspunkte zu entscheiden. Vom Standpunkte der Internisten und Magenspezialisten sind sie im allgemeinen „k. v.", ausgenommen Fälle von Gastrosukkorrhöe und von dauernder hysterischen Erbrechen mit Rückgang der Ernährung. — Wer nach Entscheidung der Beobachtungsstation die gewöhnliche Kost bei der Truppe vertragen kann, soll sie essen, wer aber als verdauungsschwach beurteilt wurde, müßte bei der Truppe die rationelle Ernährung finden können. Solche erhalten am besten die Erlaubnis zur Selbstbeköstigung (Facharbeiter, Garnisonverwendungsfähige in der Heimat). — Wäre es möglich, alle bedingten Dyspeptiker aus dem Bereich eines oder mehrerer Korps zu besonderen Truppenkörpern zu vereinigen, so würde eine Genesenden-Kompagnie von Magen-Darmrekonvaleszenten entstehen (für viele nur ein Durchgangsstadium), für die leichter eine Schonungskost durchzuführen wäre.

Gerhardt (18) stellt fest, daß die Röntgenuntersuchung bei Ulcus zu ähnlichen Ergebnissen führt, wie die klinische Beobachtung. Ein kleiner Teil der Geschwüre hat trotz starker Blutung gute Aussicht auf völlige Heilung. Es seien jedoch Zweifel berechtigt, ob die Mehrzahl der Geschwüre durch innere Behandlung zur Heilung gebracht werden könne. Große, tiefgreifende Geschwüre können völlig latent verlaufen.

In einer ausführlichen Arbeit begründet Bircher (19) seinen Standpunkt, wonach die *Gastropexie* als oft erfolgreiche Methode der Behandlung der Gastroptose anzusehen sei. Anschauliche Abbildungen erläutern die Ausführungen.

Kubczak (20) sah einen 23jährigen Unteroffizier, Mann mit neuropathischem Gesichtsausdruck, der seit dem 10. Lebensjahre häufig, in letzter Zeit 3mal wöchentlich auftretende Anfälle hatte, während denen der Leib stark aufgetrieben war, zunächst die Magengrube, später der ganze Bauch, wobei heftige Schmerzen empfunden wurden. Nach einigen Stunden erfolgen breiige, mit Gasblasen durchsetzte Stühle. Die Untersuchung ergibt das Vorhandensein eines sehr hohen Traubeschen Raumes, ferner röntgenologisch hochgradige Magenblase mit starker Hochdrängung des Zwerchfelles links. Beim Schlucken von Kontrastbrei gleiten immer größere Luftblasen im Ösophagus hinab. Der Magen ist sehr steil gestellt. Große Mengen werden ohne Luftbeimengung geschluckt. — Durch den geblähten Magen wurde in diesem Falle der unterste Teil des Ösophagus in die Länge gedehnt und dazu von dem Luftkissen der Magenblase seitlich tamponiert.

Die populäre Broschüre von Stekel (21): „Der nervöse Magen" wird sich das Interesse der Ärzte kaum erwerben.

von Stempelmohr (22) veröffentlichte [1]) mehrere Fälle von akuter phlegmonöser Gastritis, deren vierten er nochmals wiedergibt. Die Diagnose war auf Cancer ventriculi mit Resorptionsfieber gestellt worden. Die Laparotomie zeigte das Vorhandensein eines daumenendegroßen Tumors in der Mitte der Curvatura minor, der sich in das Omentum minus hinauf erstreckt. Die ganze Wand des Magens ist an der pyloralen Hälfte ödematös und verdickt; im Omentum liegen akut geschwollene Drüsen. Es wurde eine bösartige Geschwulst angenommen. Operation: Gastropylororesektion mit hinterer retrokolischer Gastroenterostomie in den unteren Teil der Resektionswunde eingesetzt. Die Untersuchung der resezierten Teile zeigte, daß es sich nicht um eine bösartige Geschwulst, sondern um eine zirkumskripte Magenphlegmone handelte. Einen ähnlichen, eine Frau betreffenden Fall sah v. St. bald darauf. Auch dieser wurde operiert. Beide Kranke genasen. In beiden Fällen war eine chronische hyperplastische Gastritis vorhanden, die ein wesentliches ätiologisches Moment für die Entstehung phlegmonöser Gatritis sei: Der zweite Fall zeigte positive Wassermann-Reaktion. v. St. läßt es dahingestellt sein, ob in solchen Fällen die Operation das einzige Mittel der Heilung sei; jedenfalls sei sie das radikale Mittel.

Gottgetreu (23) schreibt über Digestomal: Das Mittel wird in 2 Formen hergestellt, als Elixier und in Tabletten. Ersteres besteht aus 3% Fol. Coca, je 2% Cort. Chinae, Cort. Simarub., Cort. Condarengo, 1% Red. Rhei in Gold-Malag gelöst, 3% Coca-Pepsin. muriat. und 1,5% Natrium-Kalziumglyzerophosphat. Die Tablette je 0,5 enthält 0,25 Coca-Pepsin und Pankreatin, 0,15 aromatische Bitterstoffe und 0,1 phosphor- und lithionhaltige Nährsalze ohne Salzsäure (geeignet bei Hyperazidität). Bei verwöhnten und wohlhabenden Patienten kann man das Elixier vorziehen. Sonst sind die Tabletten — wo nötig, mit Salzsäure — zu geben. Das Mittel erwies sich nützlich bei verschiedenen Magenkrankheiten und bei Appetitmangel.

III. Duodenum.

24. Heymann, E., Ulcus und Divertikel des Duodenums. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1032.

25. Reichmann, Zur Lumenerweiterung des Duodenums. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 41. S. 1118.

26. Nowaczyński, J., Beitrag zur Diagnose des Ulcus duodeni. D. med. Woch. 1916. Nr. 43. S. 1315.

27. Schlesinger, Emmo, Über Beobachtung von persistierenden spastischen Magendivertikeln bei Ulcus duodeni. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 38. S. 915.

28. de Bruine, Ploos von Amstel, P. J., Über neurotischen mesenterialen Duodenalverschluß. [Würzb. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. 17. H. 7 u. 8.] Würzburg 1917. Curt Kabitzsch.

29. Schilling, F., Ulcus duodeni. Wien. klin. Rundschau 1917. Nr. 19 u. 20. S. 115.

30. Freud, J., Röntgendiagnostik der Erkrankungen des Duodenums. Gegenwärtiger Stand und

[1]) Nord. med. Ark. 1916. Abt. 1. Nr. 14.

eigene Ergebnisse. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. August 1917. S. 40.

31. Fortmann, F., Zur praktischen Diagnostik des Ulcus duodeni. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 40. S. 1349.

Heymann (24) demonstriert eine divertikelartige Ausstülpung des Zwölffingerdarmes bei gleichzeitig vorhandenem Duodenalgeschwür. Die Arbeit ist von instruktiven Abbildungen begleitet.

Reichmann (25) beobachtete eine 22jährige Patientin, die von Kind auf Magen-Darmbeschwerden hatte, namentlich aufgetriebenen Leib und leeres Aufstoßen. Zuletzt kamen dazu Sodbrennen und Aufstoßen übelriechender Gase. Letztere Erscheinungen wurden durch Magenspülungen beseitigt und es folgte 8 Monate dauerndes Wohlbefinden. Dann kehrten die Beschwerden wieder. Die Untersuchung ergab Fluktuation bei stoßweiser Beklopfung der linken Seite des Leibes bis handbreit unterhalb des Nabels, dabei untere Magengrenze fast ebenda. Der Mageninhalt von 600 bis 800 ccm Menge enthielt freie Salzsäure und soll grasgrün ausgesehen haben, was R. aber erst nachträglich erfuhr. Nach der dritten verordneten Magenspülung fand R., daß sich im rechten Hypochondrium die Bauchwand periodisch vorwölbte. Der Tumor fühlte sich prallelastisch an, war eiförmig, lag zwischen Parasternal- und Mamillarlinie und dehnte sich nach den Seiten auf 8 cm und nach der Höhe auf 5 cm aus. Die Bewegung war die einer langsamen rhythmischen Pulsation und trat besonders auf, wenn die Patientin eine horizontale Lage annahm, Tags wie Nachts. In der Verschwindungsphase des Tumors waren mit dem Stethoskop schwache, oft unterbrochene gießende Geräusche zu hören. Die Röntgenuntersuchung zeigte Erweiterung des Zwölffingerdarmes und Herabreichen des Magens bis zur Symphyse; sofort nach Herabschlucken des Wismutbreies füllt sich das Duodenum mit diesem; das Duodenum bewegt sich sehr lebhaft peristaltisch. Der Magen enthält nach 6 Stunden noch viel Wismutbrei. Bei Eröffnung der Bauchhöhle behufs Vornahme eines operativen Eingriffes trat ein großes als Magen imponierendes Hohlorgan hervor, welches aber das Duodenum war. Dieses ging in ein normal entwickeltes Jejunum über. Der Magen war nur in der Längsachse ausgezogen. Nichts Abnormes am Pylorus. Es wurde eine Stenose an der Stelle des Überganges des Duodenums in das Jejunum angenommen (wahrscheinlich Narbe) und eine Gastrojejunostomie ausgeführt. Heilung. R. knüpft an die Beschreibung des Falles eine interessante Epikrise, die im Originale nachgelesen werden muß.

An drei interessanten Krankengeschichten zeigt Nowaczyński (26), daß auch andere Veränderungen, als ulzeröse Prozesse, wie Verwachsungen zwischen Magen und Leber, oder sogar weit entfernte Verwachsungen in der Milzgegend, die nicht auf Ulcusbasis entstanden waren, ähnliche Symptome geben können, wie eine frische anatomische Läsion, vor allem zu spastischen Zuständen im Bereiche des Darmes führen können. Am meisten fällt auf, daß bei zweien der Patienten okkulte Blutbefunde festgestellt wurden. In allen 3 Fällen wurde die Diagnose auf Ulcus gestellt. In keinem fand sich ein solches. Ob lokale Spasmen des Darmes zu okkulten Blutungen führen können, läßt N. dahingestellt.

Schlesinger (27) sagt, daß der Röntgenmethode für die Erkennung von Magendivertikeln ein hoher Wert zukomme. Den bisher bekannten 4 Arten von Divertikelbildung (Nische des kallösen Ulcus, durch Traktion perigastritischer Stränge entstandenes Divertikel, durch Verdünnung der Magenwand entstandenes und intramurales Divertikel) fügt Sch. eine 5. Form hinzu: eine rein funktionelle Bildung, die Sch. bei kallösem Ulcus duodeni an der völlig intakten Magenwand sah. Ein solches Divertikel entstehe höchst wahrscheinlich durch einen Spasmus.

de Bruine Ploos von Amstel (28) erzählt folgende Krankengeschichte: 25jähriges, mit Enteroptose behaftetes, aber sonst ganz gesundes Fräulein erkrankte an massenhaftem Erbrechen, welches von Erscheinungen starken Kollapses begleitet war. Der Zustand erschien sehr bedrohlich. Merkwürdigerweise gelang es, mit der Magensonde noch große Mengen Flüssigkeit aus dem Magen zu entfernen. Die Diagnose wurde auf Ulcus gestellt, wegen der erheblichen Gastroptose auf Duodenalverschluß. d. B. Pl. v. A. ließ die Patientin die Knieellenbogenlage (Schnitzler) einnehmen, worauf sofort „akute Heilung" des ganzen bedrohlichen Krankheitszustandes erfolgte. — d. B. Pl. v. A. bespricht eingehend die Literatur des akuten Darm- bzw. Duodenalverschlusses.

Schilling (29) gibt eine gute Übersicht über den Stand der Forschung über Ulcus duodeni.

Freud (30) leitet seine Arbeit mit der Bemerkung ein, daß die radiologische Beurteilung des Duodenum ein großes Maß von Aufmerksamkeit und Übung erfordere. Man könne sich bei der gewöhnlichen Durchleuchtung im Stehen nach Darreichung von Kontrastmittel-Aufschwemmung eine genügende Übersicht über Form, Lage und Motilität des Duodenums verschaffen, indem man die spontan oder durch Expression in den Bulbus duodeni gelangten kleinen oder größeren Mengen der Kontrastflüssigkeit bei ihrem Verweilen im Bulbus und bei ihrer raschen Passage der anderen Duodenumteile scharf beobachtet. Bisweilen sei zur Erzielung entsprechender Bulbusfüllung erst längere oder kürzere Einnahme der rechten Seitenlage erforderlich. Wenn dann beim Aufrichten die Entleerung des Duodenums zu schnell erfolgt, bleibt nur Anwendung der Bauchlage mit Beleuchtung durch Untertischröhre übrig. Selten sei für Gewinnung einer bloßen Übersicht die Anwendung der Duodenalsonde zur Füllung des Darmes nötig. Bezüglich deren Einführung sagt Fr.: Der Kranke schluckt nüchtern in sitzender Stellung unter Nachhilfe der Finger des Arztes die Olive des eingeölten Schlauches, abwechselnd mit taktmäßigem tiefem Atemholen bis zur Marke 45 cm und klemmt dann den Schlauch mit den Lippen fest, besteigt dann sich vornüberneigend den Tisch und legt sich in rechter Seitenlage mit erhöhtem Oberkörper (Keilpolster). Nun läßt man den Schlauch bis 70 cm hineingleiten. Aspiriertes Sekret zeigt HCl-Reaktion. Nach 5 Minuten legt sich Pat. auf den Rücken, das Keilpolster kommt unter das Becken, nach weiteren 5 Minuten wird der Schlauch bis 80 cm eingeschoben. Das Sekret ist nun alkalisch oder neutral. Geübte können oft ohne Duodenalsonde auskommen. Von der Gestalt des Bulbus duodeni gibt Fr. nicht weniger als 26 verschiedene Abbildungen, deren jede eine besondere pathologische Abweichung von der Norm bedeutet. Die Arbeit sei Interessenten zur Kenntnisnahme empfohlen.

Forstmann (31) schildert 4 Fälle von Ulcus duodeni, in denen die rechtzeitig gestellte Diagnose Lebensrettung durch Operation ermöglichte, und ermahnt die praktischen Ärzte, mit allen Mitteln die frühe Erkenntnis dieses gefahrvollen Leidens zu erstreben.

IV. Darm.

32. Zollschan, J., Zum röntgenologischen Nachweis des Ulcus pepticum jejuni. D. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 177.

33. Einhorn, M., Über Flatulenz und Meteorismus und deren Behandlung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1916. Nr. 10. S. 289.

34. Laache, Über die innere Behandlung der akuten Blinddarmentzündung. Wien. klin. Rundschau 1916. Nr. 39 u. 40. S. 223.

35. Satterley, G. Reese, Chronic appendicitis and chronic intestinal toxaemia. Their association and differentiation. New York and Philad. med. Journ. Nov. 4. 1916. Nr. 19. S. 882.

36. Wolf, S., Beitrag zur Appendizitis im Feldlazarett. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 7. S. 164.

37. Löhlein, M., Zur pathologischen Anatomie der Ruhr. III. Pathogenese und Formen der bazillären Ruhr. Med. Klin. 1917. Nr. 18. S. 500.

38. Strauß, H., Zur Behandlung von Folgezuständen der Ruhr. Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 12. S. 409.

39. Dünner, L., Die Ätiologie der Colitis suppurativa, des Ulcus chronicum recti und der Dysenterie. Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 5. S. 165.

40. Strauß, H., Über topische Gesichtspunkte bei der Betrachtung chronischer Kolitiden. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. März 1917. S. 13.

41. Bungart, J., Bedenken gegen die Bolustherapie bei schweren enteritischen Prozessen. D. med. Woch. 1917. Nr. 49. S. 1528.

42. Landsman, A., Autointoxication from chronic intestinal stasis, due to hypertrophy of the sphincter ani, simulating appendicular colic. New York med. Record 1916. Nr. 21. S. 901.

43. Strauß, H., Über Proctostasis paradoxa. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. März 1918. S. 3.

44. Eunike, W., Der Volvulus des aufsteigenden Dickdarms. D. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1619.

45. Audeou, Henri, Un cas de maladie de Hirschsprung (Mégacolon congénital). Revue méd. de la Suisse rom. Février 1918. S. 138.

46. Schlecht, H., Zur Röntgendiagnose der Dickdarmtumoren. Med. Klin. 1916. Nr. 39. S. 1015.

47. Davidsohn, H., Über das Vorhandensein von okkultem Blut im Stuhl bei Trichozephaliasis. D. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 292.

48. Boas, J., Neue Beiträge zur Methodik des okkulten Blutnachweises. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 51. S. 1357.

49. Rosenthal, Über die klinische Bedeutung des okkulten Blutnachweises im Stuhl. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 35. S. 977.

50. Snapper, Der spektroskopische Nachweis von Blut in den Fäzes. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 35. S. 975.

51. Grundmann, Über die Technik und den Wert des Nachweises von okkulten Blutungen im Mageninhalt und Stuhl mittels den katalytischen Blutreaktionen. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 35. S. 970.

Zollschan (32) fand seine Vermutung, daß bei der jetzt häufigen Herstellung von Gastroenteroanastomosen das Vorkommen eines Ulcus pepticum jejuni nicht mehr zu den Seltenheiten gehören könne, in drei letzthin zur röntgenologischen Untersuchung gekommenen Fällen bestätigt. Überall fanden sich nach $1^1/_2$ bis 8 Jahren vorher wegen Ulcus ventriculi oder duodeni angelegter Gastroenteroanastomose klinisch aufs neue typische Ulcusbeschwerden, Hyperazidität, okkulte Blutungen. In 2 Fällen war mit Durchleuchtung und Palpation nichts Suspektes zu erkennen. In allen 3 Fällen aber zeigte sich außerhalb der Magenkonturen unmittelbar hinter der Anastomose nach der Baryummahlzeit ein Restpartikel noch in 5—6 Stunden als ein Fleck, der sich bald als dem abführenden Jejunumschenkel angehörig und in zirkumskripter Form als Druckschmerzpunkt erwies; Verwachsungen bestanden um die erkrankte Jejunumschlinge herum. Also Krankheitsbild: Typische Ulcusbeschwerden bei Freiheit von Magen und Duodenum. Okkulte Blutung. Sechsstundenrest. Zirkumskripter Druckpunkt extraventrikulär hinter der Anastomose. Pathologische Beschaffenheit der suspekten Jejunumpartie: Perijejunitis.

Einhorn (33) führt aus: Während Flatulenz denjenigen Zustand der Luftansammlung im Darm bezeichnet, bei dem die Luft leicht hinausbefördert werden kann, ist beim Meteorismus das Gegenteil der Fall. Daher ist Flatulenz eine leichte, Meteorismus oft eine schwere Erkrankung. Die erstere beruht sehr oft auf der Gewohnheit der Aërophagie, kann aber auch durch abnorme Gasbildung im Magen- und Darmraume bedingt sein. Demgemäß wird ihre Behandlung verschieden sein. Meteorismus kann neurotischen Ursprunges sein, ist aber auch dann keine leicht zu nehmende Krankheit; oft beruht er auf Darmlähmung, in vielen Fällen auf Zuständen, die eine solche bedingen. Bei bedrohlichen Erscheinungen ist chirurgisch einzugreifen.

Laache (34) beschreibt 3 Fälle von akuter Blinddarmentzündung, und bricht eine Lanze für die interne Behandlung ausgewählter Fälle dieser Krankheit.

Satterley (35) empfiehlt dringend das sorgfältigste Studium und die Röntgenuntersuchung jedes als *chronische Appendizitis* diagnostizierten Krankheitsfalles, sowie Zusammenarbeit des Chirurgen mit dem Internisten vor Ausführung der Operation. Eine gegen chronische Toxämie gerichtete Behandlung sei oft geeignet, die wahre Ursache von Erkrankungen zu zeigen, die für chronische Appendizitis gehalten wurden. Besonders seien in jedem Falle autogene Kolonvakzinen anzuwenden. Der Internist soll bei chronischer Toxämie immer an die Möglichkeit chronischer Appendizitis, der Chirurg bei appendizitisähnlichen Fällen immer an chronische Toxämie denken.

Die Wolf (36) zur Beobachtung gekommenen Fälle von Appendizitis schienen meist Fälle von *akuten Exazerbationen einer chronischen Erkrankung* zu sein, ausgelöst durch starke Anstrengungen oder häufig Sturz beim Einschlagen von Granaten, auch ohne äußere Verletzung. Von 22 Fällen wurden 6 Operierte nach kürzerer Erholung wieder felddienstfähig zur Truppe geschickt. Das Schicksal der anderen kam nicht zu W.s Kenntnis. Ferner kam eine erhöhte Anzahl von Blinddarmerkrankungen mit gehäuftem Auftreten von Grippe und Angina vor (Krankengeschichte). Eine weitere Gruppe wurde in Verbindung mit mittelschwerer oder schwerer Enteritis beobachtet (Krankengeschichte). Zum Unterschied von der mit Angina verbundenen Form trat die Appendizitis erst auf, als die akuten Erscheinungen vom Darm abgeklungen und klinisch gebessert waren. Weiter wird ein Fall beschrieben, bei dem außer starkem Katarrh der Luftwege Enteritis bestand. Von anderen 26 Fällen von Appendizitis mit Katarrhen der Luftwege und des Darmes (nicht Appendizitis im Kriege, sondern Kriegsappendizitis) wurden operiert 14 Fälle nach Enteritis, 4 mit Katarrh der Luftwege, 1 Fall mit beiden Affektionen. Daß es sich um eine besonders schwere und eigenartige Form handelte, ging daraus hervor, daß der im Frieden häufige Befund von Kotsteinen, entzündlichen Verdickungen an der Appendixspitze, Zystenbildung, Strikturen und Stenosen, Douglasabszessen in keinem Falle vorhanden war. Bei den Enteritisfällen sei an Fortleitung der Entzündung von der Dickdarmschleimhaut auf die der Appendix zu denken; auch könne rein mechanisch durch hochgradige Darmperistaltik Zerrung der Appendix bewirkt worden sein, es könne sogar die Appendix im Zustand der Reizung selbst in peristaltische Bewegung gekommen sein; die Appendizitis war nämlich *erst tagelang nach dem Eintritt der Darmerscheinungen* oder nach vollkommenem Sistieren der Durchfälle aufgetreten. Auch können die genannten Kriegsformen der Appendizitis als Begleit- bzw. Folgeerscheinungen einer Gruppe ätiologisch gleich sein, und nur verschiedene klinische und pathologische Bilder geben, je nachdem die Gruppe in der katarrhalisch-bronchitischen oder in der intestinalen Form auftritt.

In zahlreichen Fällen von Ruhr sah Löhlein (37) alle Stadien der Entwicklung submuköser Geschwüre, von den unscheinbarsten Anfängen in Gestalt eines

etwas verbreiterten und verlängerten Drüsenschlauches im Bereiche eines Lymphfollikels an bis zur Bildung; cystica stelle nichts anderes dar, als ein Spätstadium chronischer Dysenterie des Dickdarmes. In sehr vielen Fällen spielen in der Pathogenese der tiefen submukösen Ruhrgeschwüre die Solitärfollikel eine wichtige Rolle. Man solle die Bezeichnungen: follikuläre Ruhr und Follikularverschwärung fallen lassen.

Nach Strauß (38) wurde nur ein kleiner Prozentsatz der beobachteten Ruhrfälle von Folgezuständen betroffen, besonders bei verzögerter Rekonvaleszenz und nicht nur durch chronische Kolitis bedingtem Ruhrsiechtum, sowie postdysenterischer erethischer Opstipation. Endlich kommen Fälle mit restierenden Gastrodyspepsien (meist mit Sub- oder Anazidität des Magensaftes) und mit Rest-Proktitiden in Betracht. Auch finden sich Fernwirkungen der Ruhr auf Herz, Nervensystem, Gelenke. Die Restzustände sind hartnäckig. Es kommen in Betracht die chirurgische Behandlung und die Lokalbehandlung. Von den 3 chirurgischen Methoden, der Appendikostomie, der Anlegung einer Zökalfistel, und der eines Anus praeternaturalis findet bei der ersten keine Fernhaltung des Kotes von den kranken Darmpartien statt, sie wird bei der dritten vollkommen, bei der zweiten nur unvollkommen erreicht. Doch ermöglichen alle 3 Operationen eine Bespülung der erkrankten Darmschleimhaut. Die Appendikostomie erwies sich St. als die weniger gefährliche Operation, während nicht selten gegenüber den anderen eine verminderte Widerstandskraft der Patienten beobachtet wurde, die in den nächsten Tagen zum Exitus führte. Die Lokalbehandlung erwies sich im allgemeinen der inneren Behandlung (langdauernde Bettruhe, zarte Diät, adstringierende Mittel per os), sowohl in den akuten wie in den chronischen Fällen, nicht überlegen. Doch erwies sich bei Proctitis ampullaris, bzw. „Colli" nicht selten eine Trockenbehandlung der feuchten überlegen, wobei St. einen „Rektalinsufflator" (Abbildung) benutzte. Es wurden Pulvermischungen eingeblasen: Dermatol, Tannin mit Bolus oder Talkum 1 : 5, oder Bolusal-Tierkohle; bei Blutungstendenz bewährte sich Renoform 1 : 5, bei mangelnder Tendenz zur Überhäutung Pellidol mit Bolus alba 1 : 20, bei Schmerzen Zusatz von Anästhesin oder Orthoform. — In 82 Fällen von chronischer Dysenterie konnte nur 9mal Achylia gastrica festgestellt werden, ebenso ausgeprägte Herabsetzung der peptischen Funktion des Dünndarmes. Eine saure intestinale Gärungsdyspepsie wurde nur 4mal (5% der Fälle) beobachtet, jodophile Sproßpilze dagegen 32mal. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von chronischer Dysenterie sei die Funktion des Dünndarmes nicht oder nur wenig gestört.

Dünner (39) schließt seine Arbeit mit folgender Zusammenfassung: Man scheidet zweckmäßig von der Dysenterie die Colitis suppurativa und das Ulcus chronicum recti; dieses letztere stellt sich im Gefolge von Gonorrhöe, Lues, Dysenterie usw. ein. Außer der Dysenterie zeigt das Ulcus chronicum recti großklumpige, spezifische Dysenterieagglutination, wenn es sich im Anschluß an Dysenterie entwickelt. Die grobkörnige Agglutination fehlt bei Colitis suppurativa; sie ist nicht dysenterisch.

In einem Fortbildungsvortrage sagt Strauß (40), bei der Betrachtung chronischer Kolitiden solle man auch topische Gesichtspunkte zur Geltung kommen lassen. Es gebe eine ganze Reihe chronisch entzündlicher Prozesse, die sich vorwiegend an einer bestimmten Stelle des Dickdarmes lokalisieren (Typhlon, Flexura sigmoidea, Rektum) und die Krankheitsbilder geben, die wenigstens vom Gesichtspunkte der Therapie besonderes Interesse verdienen. — Es werde nach dem Kriege viele Residualkolitiden geben, da mancher Fall im Felde ungeheilt geblieben ist, und da auch bei der Zivilbevölkerung die Kolitiden unter dem Einfluß des Krieges häufiger geworden sind. Die Örtlichkeit, an der die Kolitis sitzt, könne zu erheblichen diagnostischen Irrtümern führen und könne Magen-, Gallenblasen-, Duodenalleiden vortäuschen. — Bei Habitus asthenicus können Ptose des Typhlon und Coecum mobile zur Lokalisation kolitischer Prozesse im Typhlon führen, deren Symptome den Ausschluß chronisch perityphlitischer Prozesse erschweren können. Die Schmerzen können bei chronischen Typhlitiden (*Colitis superior*) denen bei chronischen Appendizitiden sehr ähnlich sein, sie können sich bis zu richtigen Koliken steigern; dann sind sie meist Folge von Distensionen, Knickungen, Torsionen des Zökums, bedingt durch spastische Kontraktionen der Zökalwand. Sie können sich in Rücken- und Magengegend verbreiten. Sie treten manchmal regelmäßig 4—6 Stunden nach dem Essen auf, dauern aber — anders wie bei Ulcus praepyloricum — oft viele Stunden. Oft findet sich Druckempfindlichkeit der Zökumgegend, den Mc Burneyschen Punkt überschreitend. An der Stelle des Zökums findet sich entweder ein elastischer Sack oder ein derber Strang. (Schlaffes oder kontrahiertes Zökum.) Größere Exkursionsfähigkeit findet sich leichter in dem zweiten Falle. Mittels des Röntgenverfahrens sind bisweilen Skybala im Zökum festzustellen. Normalerweise ist der Zökuminhalt breiig. — Die Ausleerungen sind bei chronischer Typhlitis meist fest, Schleimbeimengungen sind nicht konstant; nicht ganz selten wechseln Perioden von breiigen und festen Stühlen. Sehr oft bereitet die exakte Diagnose der chronischen Typhlitis nicht unerhebliche Schwierigkeiten. — Die Ursache der *Colitis inferior* ist häufig in Prokto-Sigmostase zu suchen: Proktogene Obstipation. Manche Fälle von Dysenterie lokalisieren sich in besonders hartnäckiger Weise im Rektum. Entzündungen in Rektum und Flexur zeigen infolge der reichlichen Versorgung dieser Teile mit Venengeflechten oft hämorrhagischen Charakter. Der Reichtum dieser Partien an Lymphfollikeln erklärt die Neigung zu entzündlichen Prozessen, deren Entstehung durch große Härte der Skybala begünstigt wird. — Die chronische Sigmoiditis kann superfiziell sein oder sämtliche Wandschichten des Darmteiles durchdringen. Bei der superfiziellen ist die Darmfunktion meist unregelmäßig, seltener bestehen Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Akute Exazerbationen können von Fieber begleitet sein. Auch Venenthrombosen beobachtete St. Bei den chronischen torpiden Formen ist die Flexur für die Palpation von Gestalt und Konsistenz eines derben Gummirohres. Bisweilen ist Druckempfindlichkeit vorhanden. Der Kontraktionszustand beruht wohl meist auf reflektorischer Spasmophilie; diese mukosogene Spasmophilie sei wohl die Grundlage der meisten Fälle von spastischer Obstipation. Bei der Sigmoiditis profunda (indurativa bzw. scleroticans) besteht für die Palpation mehr eine zirkumskripte Verdickung von großer Härte („Karzinomhärte"), die auch stenosierend wirken kann. Meist lagen Entzündungsprozesse, die sich um kleine Divertikel der Flexura gebildet haben, zugrunde; daher ihr Auftreten meist im mittleren und höheren Alter. Für die Feststellung der Form der Sigmoiditis ist die Prokto-Sigmoidoskopie von größter Bedeutung. Da ein Zusammenhang zwischen chronischen Kolitiden und Dysenterie bestehen kann, ist die serologische Untersuchung aller Beachtung wert. Gelegentlich lassen sich röntgenologisch Proktosigmostase, fleckige, auf Sigmoiditis ulcerosa hindeutende Aussparungen, erbsenförmige Anhänge bei Divertikeln entdecken. — Nicht ohne praktische Bedeutung für die Therapie ist die Trennung der Kolitiden in superiores und inferiores. Zellulosereiche Diät wirkt bei Prozessen im Zökum sehr reizend, da die Verdauung der Zellulose im Zökum stattfindet; sie ist also bei chronischen Typhlitiden möglichst zu meiden, bzw. ihre Entfernung aus dem Zökum durch milde Abführmittel zu unterstützen.

oder der Kot wasserreich zu machen (Agar, Regulin; Paraffin erregt meist Widerwillen und ist nicht immer erfolgreich). Zur Minderung der Gasbildung bedient sich St. der alten Karminativa. Bei Prozessen im tieferen Kolon spielen die lokalen Maßnahmen die wichtigere Rolle. Suppositorien, namentlich große (20 g Kakaobutter), auch große Gelatinekapseln mit medikamentösem Inhalt, Glyzerinzapfen (Gelat. alb., Aqu. destill. ana 25,0, Glycerin. 50,0. Divide in Dos IV. Mf. suppos. magna.). In besonders schweren Fällen rät St. operativ vorzugehen. (Anus praeternaturalis, an Zökum oder Ileum anzulegen [1], lange offenzuhalten.) Bei Typhloptose und Coecum mobile empfiehlt sich das Tragen eines schmalen elastischen Leibgurtes.

Bungart (41) beschreibt einen Fall von Darmverschluß, in dem bei der Autopsie Verhältnisse gefunden wurden, die vermuten lassen, daß die Darreichung großer Bolusgaben durch Zusammenballen des Bolus ein Hindernis für die Fortbewegung des Darminhaltes bedingt habe, welches zu Darmperforation führte.

Landsman (42) schreibt: Eine junge Frau von 20 Jahren hatte bis ein Jahr zuvor regelmäßige Darmentleerungen. Nach und nach änderte sich das. Es trat immer stärkere Verstopfung ein, bis endlich nur aller 9 Tage eine Entleerung erfolgte. Im Verlaufe dieser Zeit traten unter starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens Erscheinungen auf, die das Vorhandensein einer *Appendizitis* vermuten ließen. Eine Untersuchung des Mastdarmes zeigte jedoch eine *Hypertrophie des Sphinkter ani.* Nach Spaltung des Muskels und Erweiterung des Analkanales trat alsbald Aufhören der Verstopfung und Besserung des ganzen Zustandes ein. Der Fall zeige, daß *Toxämie durch Aufsaugung von Verdauungsprodukten die Erscheinungen der Appendizitis vortäuschen kann,* und chronische Verstopfung durch mechanische Hindernisse im Rektum bedingt sein kann, deren Folgen durch Abführmittel und Einläufe verschlimmert, durch einfache operative Maßregeln schnell gebessert werden können.

Strauß (43) nennt Proctostasis paradoxa einen Zustand, der sich von der gewöhnlichen Proktostase dadurch unterscheidet, daß im Rektum nicht einzelne sehr harte Kotknollen gefunden werden, sondern vielmehr ein einziger großer Kloß von Lehm- oder Gummikonsistenz, der sich im Rektum drehen läßt, wobei mehr oder weniger häufige Stuhlentleerungen meist flüssiger oder breiiger Konsistenz oft mit Schleim und Blut gemengt erfolgen — sekundäre traumatische Proktitis. Dabei besteht stechender ammoniakalischer Geruch des Kotkloßes *und der Atemluft.* St. betrachtet den Sterkoralglobus als eine Vorstufe eigentlicher Kotsteine, die große Mengen reiner kristallinischer phosphorsaurer Ammoniakmagnesia enthalten können. Die Therapie des Leidens kann nur in manueller Ausräumung bestehen, die nach vorhergehender Applikation eines Kokainbelladonnazäpfchens oder einer Morphiumeinspritzung bewirkt wird.

Nach Eunicke (44) soll die in Deutschland seltenere Form des Volvulus des aufsteigenden Dickdarmes in Rußland und Finnland wesentlich öfter auftreten. Sie beruht auf angeborener Anlage und wird durch Ernährungsfehler und gewaltsame Bewegungen ausgelöst. Von Zökumvolvulus läßt sie sich differenzieren; bei letzteren wird ein Einlauf von $^1/_2$—$^3/_4$ Liter nicht aufgenommen. Die Therapie kann nur chirurgisch sein: Detorsion, wenn die Darmwand noch wenig verändert ist, danach Fixation an die Bauchwand (v. Haffner). Bei veränderter Bauchwand Appendikostomie hinzufügen (Lapeyre). Die Zurückdrehung des Darmes wird durch Darmpunktion oder Enterostomie ermöglicht. Wenn Rückwärtsdrehung nicht mehr möglich ist, kommt Resektion in Frage, bzw. Enteroanastomose oder Anus praeternaturalis.

Audeou (45) sah ein neugeborenes Kind von mangelhafter körperlicher Ausbildung, mit einem außerordentlich aufgeblähten Abdomen. Das Kind starb etwa 3 Wochen nach der Geburt. Die Sektion zeigte, daß die Ausdehnung des Bauches auf einem außerordentlichen Umfang des dünnwandigen und wenig gefüllten Kolon bestand, welches in dieser Beschaffenheit angeboren war.

In einer durch sehr instruktive Abbildungen erläuterten Arbeit weist Schlecht (46) nach, daß Stenosen des unteren Dickdarmes am deutlichsten dadurch sichtbar gemacht werden können, daß man den Darm von unten mit dem Kontrastmittel füllt. Sch. nennt das Verfahren: Irrigoröntgenoskopie. Daß der Nachweis der Stenose durch Darreichung einer Röntgenkontrastmahlzeit oft nicht gelingt, ist (nach Schwarz) vielleicht dadurch zu erklären, daß die Tumoren durch die dauernde Kotpassage von oben ausgeschliffen, bzw. trichterartig geformt werden, so daß die Kotsäule noch lange passieren kann, während einer von unten nach oben wirkenden Füllungsmasse der Tumor wie ein Ventil das Vordringen unmöglich macht. Vielleicht rufe auch der Reiz des Einlaufes eine unüberwindliche spastische Kontraktion des Darmes an der stenosierten Stelle hervor.

Davidsohn (47) weist in überzeugender Weise nach, daß Trichozephaliasis nicht, wie Wolf und Dau behauptet haben, von okkulten Blutungen begleitet zu sein pflegt, und schließt sich damit der Veröffentlichung von Telemann und Doehl an, die diese Behauptung zurückweisen.

Boas (48) erklärt die Webersche Guajakreaktion als für den Nachweis okkulter Blutungen völlig unbrauchbar. Die Benzidin- und Phenolphthalinreaktion, am Eisessig-Alkoholextrakt angestellt, beweise bei *negativem* Ausfall mit größter Sicherheit das Fehlen von Blutfarbstoff sowohl im Mageninhalt als in den Fäzes. Bei *starkem* positiven Ausfall sei Blutanwesenheit anzunehmen. Die Benzidinprobe sei nur bei stark positivem Ausfall für Blutanwesenheit beweisend. Durch die Eisessig-Chloral-Alkoholextraktion der Fäzes werde die Schärfe der Gujak-(Guajakon-)probe wesentlich gesteigert. Einfach und hinreichend scharf erweise sich auch die Thymolphthalinmethode. Die Beurteilung von Grenzfällen werde durch kontrollierende Anwendung beider Methoden erheblich erleichtert.

Auf Grund der Tatsache, daß die in der Literatur niedergelegten Angaben über die Häufigkeit der okkulten Blutung bei geschwürigen Prozessen des Magens in hohem Grade verschieden sind, teilt Rosenthal (49) seine diesbezüglichen Erfahrungen an 2000 im Herbst 1914 systematisch untersuchten Fällen mit. Es wurden in 249 der Fälle Magengeschwüre, in 58 derselben Karzinom festgestellt. Unter den Magenfällen befanden sich 9 mit manifester Blutung; bei ihnen konnte die Sistierung der okkulten Blutungen zwischen 8—14 Tagen festgestellt werden. Bei den übrigen 240, wo keine okkulte Blutung vorausging, fanden sich 63 teils kallöse, teils penetrierende Ulzera der kleinen Kurvatur, 45 des Pylorus, 105 Duodenalgeschwüre, 15 juxtapylorische Geschwüre und 12 postoperative Jejunalgeschwüre. Nach 3tägiger Fleisch- und chlorophyllfreier Diät wurde der Stuhl mit Benzidin und der Weberschen Guajakprobe untersucht. Es wurde währenddem für täglichen Stuhl gesorgt. War okkulte Blutung nachzuweisen, so wurde die fleisch- und chlorophyllfreie Diät weitere 3 Tage fortgesetzt und der Stuhl dann nochmals geprüft. In allen Fällen, in denen eine manifeste Blutung einige Tage vor der Untersuchung *nicht* stattgefunden hatte — Bluterbrechen, pechschwarzer Stuhl — war nach den zweiten 3 Tagen eine okkulte Blutung nie nachzuweisen. — Bei 140 Kranken, bei denen das Vorhandensein eines Geschwüres *als zweifellos* nachgewiesen war (operative Biopsie, Röntgenuntersuchung), war die okkulte Blutung nach 3tägiger

Diät in 79,3% der Fälle vorhanden, nach 6tägiger fehlte sie in allen. Beim Karzinom hingegen war in 96,5% nach 3 und 6 Tagen okkulte Blutung nachweisbar, nur in 3,5% konnte sie nicht nachgewiesen werden. R. legt diesem verschiedenen Verhalten differentialdiagnostische Bedeutung bei.

Snapper (50) faßt das Ergebnis seiner Forschungen in folgenden Sätzen zusammen: Der *spektroskopische Nachweis von Blut* in den Fäzes steht an Empfindlichkeit den empfindlichsten Farbenreaktionen (Benzidin, Phenolphthalein) nicht oder kaum nach. Bei der Ausführung der Reaktion ist zu beachten, daß man bei wenig Blut oder viel anderen Farbstoffen den Kot mit Azeton extrahieren muß, daß der Blutfarbstoff nicht mit Säuren, sondern mit alkalischem Pyridinalkohol zu extrahieren ist, daß die Spalte des Spektokrops möglichst eng zu halten ist und daß das Spektroskop in einem Dunkelzimmer aufgstellt sein soll.

Sehr eingehende Untersuchungen führten Grundmann (51) zu folgendem Endresultat: Zum Nachweis von pathologischen Blutmengen im Mageninhalte und im Kote eignet sich die Guajak-Terpentinprobe in folgender Modifikation: 1 ccm einer jedesmal frisch bereiteten filtrierten 5proz. Guajakharzlösung (Pulv. Resina Guajaci) in 96proz. Alkohol wird mit 1 ccm altem verharzten Terpentinöl gemischt. Diese Mischung muß einige Minuten stehen; das Terpentinöl allein kann die Guajaktinktur blaüen. Bleibt die hellgelbe Farbe bestehen, so werden 3—4 ccm mit Wasser verdünnter Hämatinlösung zugesetzt. Je konzentrierter die Blutlösung war, um so schneller trat die Farbreaktion ein, bei Blutverdünnungen von 1 : 3000 eine tiefblaue Färbung, bei 1 : 4000 bis 1 : 20 000 eine hellblaue, bei 1 : 30 000 bis 1 : 50 000 eine schwach blaugrüne Färbung. — Zur Extraktion des Blutes im Mageninhalt empfiehlt sich eine Mischung von 3 ccm Eisessig und 10 ccm Äther, für das Blut im Kote eine Mischung von 3 ccm Eisessig und 10 ccm Alkohol. Eine stark positive Reaktion mit dieser Probe nach 4tägiger Probekost und bei täglicher Verabreichung von Karlsbader Salz darf mit Wahrscheinlichkeit als pathologisch angesehen werden. Für physiologische Blutmengen ist der Nachweis mit der Benzidinprobe in einer von G. angegebenen Modifikation zu führen. Der koprologische Nachweis ist von größerer Bedeutung als der gastrologische. Bei letzterem ist nur der negative Befund verwertbar.

V. Allgemeines.

52. Albu, A., Wert und Leistungsfähigkeit der Röntgenuntersuchung für die Diagnostik der Verdauungskrankheiten. Mit 12 Abbildungen. Nach klinischen Gesichtspunkten erörtert. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. März 1916. S. 25.

53. Albu, Der Stand der Verdauungskrankheiten während der Kriegszeit. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 10. S. 261.

Der Besprechung der einzelnen Krankheitsformen schickt Albu (52) die Bemerkung voraus, daß die richtige Deutung der Röntgenbilder immer nur derjenige geben kann, der nicht nur reiche vergleichende Erfahrungen auf diesem Spezialgebiete besitzt, sondern *das Röntgenbild auch mit dem kranken Menschen vergleichen* kann. Platte und Durchleuchtungsbild sollen nebeneinander Anwendung finden. Was den *Magen* betrifft, so gebe es zahlreiche verschiedene *normale* Variationen je nach Lebensalter, Geschlecht, Körpergröße, Konstitution, Längenentwicklung des Körpers im Verhältnis zu Breite und Tiefendurchmesser, Belastung des Magens, Einflüssen der Kleidung usw. Viele Variationen sind angeboren, andere sind Folgen des Mißbrauches des Organes (Aufbrauchskrankheiten, Edinger). — Die *Gastroptose* zeigt meistens Langmagen mit senkrechter Stellung und Linkslagerung des Organes in verschiedenen Entwicklungsstufen. — Die Atonie (Motilitätsparese) zeigt röntgenologisch verzögerte Entleerung (zweite Aufnahme nach 3 oder 6 Stunden oder nur letztere). Sie beruht häufig auf partieller Erschlaffung des Pylorusteiles; doch weisen größere Rückstände nach 6 Stunden auf Hindernis am Pylorus hin; es muß die Zeit der völligen Entleerung festgestellt werden. — *Ulcus ventriculi:* Scharfe, tiefe, konstante Einziehung der großen Kurvatur deutet auf gegenüber (an kleiner Kurvatur) liegendes Ulcus; Verwechslung mit nervösen Zuständen ist möglich. Die Erscheinung ist nicht sehr häufig. Diagnostisch wichtiger für Ulcus ist das Auftreten multipler Kontraktionsringe am Magenschlauch (lebhafte Peristaltik und trotzdem Sechsstundenrest, bedingt durch Pylorospasmus. Die Mehrzahl der Magengeschwüre ist röntgenologisch nicht nachweisbar. — Das — meist kallöse — Ulcus penetrans zeigt schroffe Unterbrechung der Kontur in Form meist einer scharfen, zackigen oder trichterförmigen Ausbuchtung, bzw. Vorsprungs, mit festgelegtem Baryumbrei, oft in Nischenform und mit Luftblase. — Die Ektasie, auch Folge des Magengeschwürs, ist röntgenologisch oft schon im Anfang zu erkennen: halbmond- oder tellerförmige Gestalt des Baryumschattens, mehr oder weniger tief unterhalb des Magens gelegen, oft nach rechts hinüberragend. (Scheint bei erst in Entwicklung begriffener Pylorusstenose erst längere Zeit nach Einnahme der Kontrastmahlzeit aufzutreten.) Die Silhouette ist 2—5 cm hoch und bleibt oft 12—24 Stunden in der Höhe unverändert. Schräg abfallende, unregelmäßige, zackige Umrandung rechts läßt maligne Ursache der Stenose vermuten. — Karzinom zeigt einen Ausfall der Konturen oft höchst bizarrer Gestalt. Bei Pyloruskrebs fehlt oft der ganze Pylorusteil. Bei durch Krebs bedingter starker Stenosierung kann aber die Ektasie so stark werden, daß der Tumor als raumbeschränkendes Moment nicht mehr zu bemerken ist. — Das Kardiakarzinom ist röntgenologisch schwerer zu erkennen. Es empfehlen sich Durchleuchtungen und Aufnahmen bei Rückenlage. Charakteristisch ist starke Verzerrung der Fundusblase. Sicheres Kennzeichen ist die Rückstauung von Kontrastmasse oberhalb der Kardia. — Der Krebs an der kleinen Kurvatur zeigt unregelmäßige umrandete Schattenaussparung daselbst. An der großen Kurvatur auftretender Krebs führt zu karzinomatösem Sanduhrmagen, der oft von benigner Form schwer zu unterscheiden ist. — Die bizarresten Bilder liefert der diffuse Szirrhus. — Unsicher ist die Diagnose stets bei beginnender Tumorbildung; die Frühdiagnose des Magenkarzinoms ist durch die Röntgenologie nicht ermöglicht worden. — Hypermotilität läßt sich erkennen durch lebhafte Peristaltik und häufige und schnelle Entleerungen des Magens; sie ist ein charakteristisches Symptom des Duodenalgeschwüres — eine dieses begleitende Exzitationsneurose des Magens (E. Schlesinger). Der spastische Sanduhrmagen zeigt schnell vorübergehende Einschnürungen der Wand. — Hypersekretion führt zu Schichtung des Mageninhaltes: über dem auf dem Magengrund abgelagerten festen Kontrastbrei findet sich eine häufig streifenförmig sich absetzende Flüssigkeitsschicht. Hypersekretion findet sich am häufigsten kombiniert mit Atonia ventriculi. — Nach Besprechung der mehr bekannten Röntgenologie der Speiseröhre geht A. zu den Darmkrankheiten über. Der Darm wird durch Verabreichung des Kontrastbreies per os oder per rectum sichtbar gemacht. Es sind öfter wiederholte kurzdauernde Beobachtungen nötig, um den langsamen Prozeß der Darmbewegungen kennen zu lernen. Es gelingt durch Kontrastmahlzeit krankhafte Veränderungen im Zwölffingerdarm und im ganzen Dünndarm, sowie bei Krankheitszuständen des Dickdarmes festzustellen und den zeitlichen Ablauf der Darmverdauung zu studieren. Für den Dickdarm leistet die Anfüllung des Kolon vom Rektum aus mehr. (Retro-

grade Insuffizienz der Valvula Bauhini kommt auch bei gesundem Darm vor.) Störungen der Bewegungserscheinungen des Darmes haben aber nicht die diagnostische Bedeutung wie die des Magens. Meist bedarf es außer der Röntgenoskopie auch der Plattenaufnahme. — Sehr häufig sind Koloptosen, besonders in der Flexura lienalis sitzende spitzwinklige Abknickungen. Lageanomalien des Dickdarmes sind häufig Ursache von Verstopfung. Muskelerschlaffung und atonische Erweiterung veranlaßt im Colon ascendens (Aszendenstypus, Stierlin), in der Flexur und besonders in der Sigmoidea und dem Rektum Kotstauung. Die spastische Obstipation ist im Röntgenbilde charakterisiert durch örtliche Unterbrechungen der zusammenhängenden, feigenkranzartigen Kotsäule sowohl an einzelnen Stellen (Zökum, Flexura sigmoidea) als auch — meistens — im Verlaufe des ganzen Kolon, wobei die Falten der Haustren auffällig verkürzt erscheinen. — Das Ulcus duodeni besitze weder klinisch noch röntgenologisch einen einheitlichen Symptomenkomplex. Der Befund am Duodenum ist äußerst schwankend; zuweilen ist er ganz negativ, manchmal ist ein permanenter Rest des Kontrastbreies im Bulbus duodeni und gelegentlich auch im aufsteigenden Teil nach 6 Stunden und länger zu beobachten. (Sekundäre oder weniger ausgesprochene Duodenalstenose, penetrierendes Ulcus.) — Bei Colitis ulcerosa zeigt sich der Baryumschatten im Darmlumen marmoriert (Stierlin), bisweilen haftet der Brei infolge der disseminierten Durchlöcherung der Schleimhaut überhaupt nicht — Ausfall der Füllung (Albu). — Dickdarmstenosen sind meist durch maligne Neubildung bedingt. Man wende die orale und rektale Füllung an und lasse die letztere vorangehen. Wird die Kontrastmasse plötzlich aufgehalten oder hinterläßt sie einen Füllungsdefekt, so liegt eine Stenose vor, die, wenn Tuberkulose, Lues und Dysenterie auszuschließen sind, maligner Natur sein wird.

Nach Albu (53) hat nach 3jähriger Kriegsdauer der Verdauungskanal die ihm zugemutete starke Kraftprobe glänzend bestanden. Auch neuartige Krankheitsbilder sind nicht hervorgetreten. Es hat sich die außerordentliche Anpassungsfähigkeit des Verdauungskanales zur Bewältigung jedweder Nahrung erwiesen, selbst bei schroffem Übergang von einer Kost zu einer ganz anderen. Auffällig ist die Herabsetzung der Azidität des Magensaftes, die häufig bis zu völligem Erlöschen geht; vielleicht eine Folge des minderen Reizes der Kriegskost, vielleicht auch der allgemeinen nervös-psychischen Depression. Auch die häufig aufgetretene Ruhr möge in diesem Sinne gewirkt haben. Die postdysenterische Achylie sei als der Ausdruck einer chronisch parenchymatösen Gastritis anzusehen, deren Zustandekommen durch die derbe Kriegskost begünstigt werde. Eine Folge der Aziditätsverminderung des Magensaftes sei eine häufig festzustellende Steigerung der Magenmotilität, die sich besonders röntgenologisch gut beobachten lasse. Die Steigerung der Bewegung erstrecke sich auch häufig auf den Darm. Als Folge der Kriegsernährung wird Auftreten von Enteroptose auch bei Männern bezeichnet. Stärker als der Magen hat der Darm auf die Kriegskost reagiert. Die individuell bedingte verschiedenartige Reaktion hat die Oberhand gewonnen. Es folgen Bemerkungen über den Einfluß der Ruhrinfektion.

B. Auszüge.

I. Militärmedizin.

149. **Technische Erfahrungen über Anwendung der Diathermie bei Kriegserkrankungen;** von H. Hohlweg. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. Nr. 9. S. 269.)

H. berichtet über technische Erfahrungen aus mehr als einjähriger Lazarettpraxis. Es können bis 3000 Milliampère verwendet werden. Mit dieser „idealen" Methode können ganz andere Wärmewirkungen als durch äußerlich zugeführte Heißluft erzielt werden. Es sind zu beachten: Richtige Auswahl der Elektroden und sinngemäßes Anlegen, Wahl einer der Elektrodenfläche und dem zu erwärmenden Körperquerschnitt entsprechenden Stromstärke, entsprechende Zahl und Zeitdauer der Sitzungen. Als Elektroden werden 0,5 mm starke Bleibleche oder Stanniolstreifen verwandt. Sie werden mit kleinen flachen Sandsäckchen, bzw. Gummibinden oder Trikotschläuchen an den zu erwärmenden Körperteil mäßig fixiert. Hautstellen und Elektroden werden mit Seifenspiritus vorher abgerieben. Zwischen Elektroden und Apparat verwendet H. Leitschnüre, als Elektroden biegsame Aluminiumscheiben, letztere mit Gummibinde fixiert, für die größeren Bleielektroden Elektrodenklammer von Siemens & Halske.

Es folgen Angaben über Ischiasbehandlung.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

150. **Gesichtspunkte zur Beurteilung der Lungenschwindsucht für den Militärarzt;** von W. Hesse. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 32. S. 1053.)

Es werden folgende diagnostische Hilfsmittel empfohlen: 8 Tage lang dreistündliche Temperaturmessungen in der Achselhöhle. Normal- und Abendtemperaturen bis 37,6 bei ständiger Tagestemperatur über 37,2. Wiederholte Untersuchung des Sputum mit Antiformin. Als Expektorans: Brominhalation. Tuberkulinreaktionen sind nur dann zu verwerten, wenn sie mit deutlich nachweisbarer Herdreaktion parallel gehen; und letztere zeigen das Bestehen einer aktiven Tuberkulose an. Die Röntgenphotographie erweist sich oft den physikalischen Untersuchungsmethoden überlegen.

Geppert (Hamburg).

151. **Richtlinien für die militärärztliche Beurteilung der Lungentuberkulose.** Erlaß des Kriegsministeriums, Sanitätsdepartements vom 2. VIII. 1917. Nr. 3303/7. 17. S. 1. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 6.)

Erkennung der Tuberkulose, Beurteilung der Kriegsbrauchbarkeit und Versorgung der im Heeresdienst an Lungentuberkulose Erkrankten werden eingehend besprochen. Ein besonderer Erlaß (Nr. 3011/9. 17. S. 2) regelt die Tuberkulose-Fürsorge in den Kriegsgefangenenlagern.

Fränkel (Heidelberg).

152. **Zur Frage der Dienstbeschädigung bei Lungentuberkulose;** von W. Scholz. (Med. Klin. 1917. Nr. 38. S. 1017.)

Grundlegend ist die Frage, ob der Kranke vor dem Dienst lungengesund war. Betont muß wieder werden, daß in vielen Fällen die Rente für die Lungenkranken zu hoch bemessen wird. S. legt seiner Klassifizierung das Fraenkel-Albrechtsche Schema zugrunde, das nicht nur die räumliche, sondern auch die pathologisch-ana-

tomischen Vorgänge in der Lunge berücksichtigt. Nähere Ausführungen bringt die Originalarbeit.
Cordes (Berlin).

153. **Beobachtungen über Magendarmaffektionen bei Soldaten (Aziditätsverhältnisse, Koloptose);** von H. Rotky. (Med. Klin. 1917. Nr. 32. S. 859.)

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt R. zum Schlusse, daß die Gastro- und Koloptose auch bei Männern nicht zu selten angetroffen wird, daß, wo eine direkte Ursache nicht angenommen werden kann, es sich um Teilerscheinung einer allgemein bestehenden Asthenie handelt. Starke Abmagerung spielt eine Rolle und in der Obstipationsentstehung muß die Gastro- und Koloptose schwer bewertet werden. Cordes (Berlin).

154. **Zur Beurteilung der Verwendung magenleidender Heeresangehöriger;** von Goldscheider. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. H. 10. S. 289.)

G. unterscheidet (unter Bezugnahme auf Roemheld D. med. Woch. 1915. Nr. 47)
1. Leute, welche z. Zt. der Lazarettbehandlung bedürfen (bei bestehendem Magengeschwür, akutem Katarrh, akuter Verschlimmerung eines älteren Magenleidens, allgemein reduziertem Ernährungszustand durch ungeeignete Diät usw.).
2. überhaupt nicht Kranke, oder mit Klagen, die die Dienstfähigkeit nicht in Frage stellen. Sie sind zu ihrem Truppenteil mit geschlossenem Bericht an den Truppenarzt zurückzuschicken.
3. Leute, deren chronisches Magenübel die Feldkost unerträglich macht, vielmehr Schonungsdiät erfordert (schwere chronische Magenkatarrhe, Magenerweiterung, schwere nervöse Dyspepsien, Gallensteinleiden, narbige Residuen von Magengeschwür). Diese sollen als g. v. zur Kommandantur des Ortes, an dem sich die Magenkrankenabteilung befindet, entlassen werden, um eine nicht zu grobe Kost erhalten zu können.
Die Arbeit sei zur Kenntnisnahme empfohlen.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

155. **Weitere Beiträge zur Kriegsnephritis;** von W. Preminger. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 25. S. 1481.)

Von Interesse sind besonders die Angaben über Herzbefunde. Eine erhebliche Zahl der Erkrankten wies eine *Herzverbreiterung* auf, die häufiger den linken, als den rechten Ventrikel betraf. Die Herz- und Aortenverbreiterung des akuten und subakuten Stadiums erwies sich oft als rückbildungsfähig. P. macht darauf aufmerksam, daß zuweilen, wenn die *Perkussion* eine *Verbreiterung* des Herzens nach rechts oder links ergibt, die *Röntgenuntersuchung* zeigt, daß es sich um eine *Verlagerung* nach rechts oder links handelt. — Hochstand des Zwerchfelles bei Fettleibigen täuschte oft eine Verbreiterung der Aorta ascendens vor; nach Gewichtsabnahme und Herabsinken des Zwerchfelles zeigte die Aorta ascendens wieder normale Verhältnisse. Röntgenologisch läßt sich bei Nierenkranken oft Zwerchfellhochstand (ohne Aszites) nachweisen, meist bei hohem Blutdruck. Das Zwerchfell sinkt wieder bei Nachlaß der allgemeinen Krankheitserscheinungen. Die Arbeit enthält mehr Interessantes.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

156. **Die Suggestionstherapie der funktionellen Neurosen im Feldlazarett;** von M. Goldstein. (Ther. d. Gegenw. 1917. H. 9. S. 317.)

Mit den üblichen suggestiven Behandlungsmethoden hatte G. im Feldlazarett recht gute Erfolge; einige mitgeteilte Fälle illustrieren die Ausführungen.
Jolly (Halle a. S.)

157. **Bedeutung neuerer Blut- und Liquorreaktionen für die Beurteilung und Behandlung nerven- und geisteskranker Kriegsteilnehmer;** von V. Kafka. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1377.)

Bei konstitutionell krankhafter Anlage des Nervensystems findet man häufig Lymphozytose; bei Erschöpfungszuständen, die mit thyreotoxischen Symptomen einhergehen, Mononukleose, Verzögerung der Blutgerinnung und Abbau der Schilddrüse. Bei der Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Epilepsie kann der Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion förderlich sein. Die Bedeutung der Wa. R. in Blut und Liquor besonders nach verfeinerten Methoden ist ja hinreichend bekannt. Geppert (Hamburg).

158. **Was kann in der Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen erreicht werden?** von M. Lewandowsky. (Münchn. med Woch. 1917. Nr. 30 u. 31. S. 989.)

„Die eigentliche Ursache der Krankheit liegt nicht in dem vorangegangenen Trauma, sondern in der Zukunft, in dem, was der Kranke nicht mehr erleiden will.“ Vom Unbewußten zum Bewußten, sowie von Krankheit zur Simulation gibt es fließende Übergänge. Es gibt Hysteriker, die „stärker sind als die Wehrpflicht“, bei denen eine Verschleppung durch Lazarette unangebracht ist. Forderung der Behandlung nur in Lazaretten mit strengster militärischer Disziplin (keine Krankenhäuser). Disziplinierung des Pflegepersonals zur Schaffung eines geeigneten Milieus. „Verleidung des Lazarettaufenthalts.“ Lähmungen und Kontrakturen behandelt L. nach Kaufmann usw. Zitterer mit Hypnose wie Nonne. Prognose schlecht bei den erst im Urlaub erkrankten und im Entlassungsverfahren stehenden Soldaten. Zur genauen Kontrolle der Kranken muß, wie L. sich ausdrückt, „ein Netz ausgespannt werden, durch dessen Maschen kein Neurotiker, der nicht symptomfrei ist, entschlüpfen kann.“ Neurotiker, die sich mit Symptomen bis in den Frieden retten, sind später für eine Behandlung verloren, weil dann das Moment der Rente in den Vordergrund tritt. Beurteilung der Neurosen.
Geppert (Hamburg).

159. **Die militärärztliche Bewertung der isolierten Pupillenstarre;** von R. Hahn. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 961.)

Pupillenprüfung ist bei der Musterung nötig. Bei hochstarren Pupillen spezialärztliche Untersuchung. Bei einem jungen Menschen, Sohn eines Tabikers, fanden sich lichtstarre, verzogene und ungleiche Pupillen, sonst keine Krankheitszeichen. Blut und Liquor absolut normal. In diesem Falle wurde ein ausgeheilter kongenital luetischer Prozeß angenommen und der betreffende Mann k. v. geschrieben. Bei einem anderen älteren Gastwirt fanden sich auch nur starre Pupillen — sonst psychisch und somatisch keine Symptome, dagegen positiver Wassermann und positive Nonne-Reaktionen des Liquor; daher d. u. wegen floriden Prozesses.
Geppert (Hamburg).

160. **Latente Infektion bei Kriegsverletzungen;** von A. Loeser. (D. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 618.)

Die Feststellung L.s, daß in der Umgebung aller Knochenfisteln noch virulente Keime — vorwiegend

Staphylo- und Streptokokken sich finden, ist eine wohl von jedem Chirurgen, der sich mit Kriegschirurgie beschäftigt, hinlänglich bekannte Tatsache. Nach unserer Meinung gehört zum Begriff der latenten Infektion eine geschlossene Wunde; so ist z. B. ein Typus von latenter Infektion so mancher klinisch reaktionseingeheilte Geschoßsplitter, der jedoch auf seiner Oberfläche und in seiner Umgebung noch virulente Keime birgt, die bei Extraktionsversuchen des Geschosses lebensgefährliche Infektionen verursachen können. — Von Interesse sind jedoch die Untersuchungen L.s über den Agglutinationstiter von Patienten mit latenten Infektionen; der Titer ist nämlich für den jeweiligen Keim, bzw. die verschiedenen Keime, die beherbergt werden, erheblich erhöht. Dieser Feststellung könnte unter Umständen eine gewisse klinische Bedeutung zukommen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf.)

161. **Das Knöchelgeschwür des Schützengrabens;** von Hosemann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 466.)

Bei Soldaten, die wochenlang kaum aus den Stiefeln kamen, beobachtete H. ein typisches, meist mit leichter Eiterung einhergehendes Druckgeschwür am äußeren Knöchel; die harmlose, aber oft recht hartnäckige Affektion geht unter Ruhe (Hochlagerung des Beins!) allmählich zurück. Prophylaxe!

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

162. **Über eine besondere Art plötzlicher Todesfälle im Felde;** von K. Beitzke. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 37. S. 897.)

Genaue Fallgeschichten, die dartun, daß es sich bei wiederholt im Felde beobachteten plötzlichen Todesfällen um das Bild des geschädigten Zentralnervensystems handelt und daß der betreffende Anfall, der zum Tode führte, das Aussehen epileptischer bzw. urämischer Krämpfe hatte. Cordes (Berlin).

163. **Zur Frage der Desinfektion der Hände mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie;** von R. v. Baracz (Baroncz). (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 67. S. 1838.)

B. empfiehlt folgende Methode der Händedesinfektion: 1) 3—5 Minuten langes Waschen mit gewöhnlicher Seife oder Seifenspiritus, ohne Bürste; 2) 2—3 Minuten langes Verreiben von einem Sodakristall mit etwa einem Eßlöffel Chlorkalk unter Zugabe von ein wenig Wasser in die Hohlhände, bis sich eine dicke, sahneartige Paste bildet; 3) 1—2 Minuten langes Verreiben der dicken Paste in die Hände, Finger und Vorderarm. Abwaschen des Breies mit warmem Wasser; 4) Eintauchen der Hände für 2 Minuten in 3% Borwasser, bzw. Waschung damit; Abtrocknen mit sterilem Handtuch.

Aus dem Chlorkalk und Soda entsteht aller Wahrscheinlichkeit nach Natriumhypochlorit, das gleich in Natriumchlorid und Sauerstoff in status nascendi zerfällt. Auf letzterem ist die bakterizide Wirkung zurückzuführen. Bei diesem Verfahren handelt es sich wahrscheinlich nicht nur um eine Tiefen-, sondern auch um eine Dauerwirkung, da das in die tieferen Hautschichten eingedrungene Natriumhypochlorit eine geraume Zeit hindurch freien Sauerstoff entwickelt.

Koenigsfeld (Freiburg).

II. Physiologische und pathologische Chemie.

164. **Hat der Krieg einen Einfluß auf die Zusammensetzung der Muttermilch?** von Momm und Kraemer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1419.)

Die unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes, der Ernährung und der Familienverhältnisse vorgenommene Untersuchung ergab außer einer Änderung des Wassergehalts (2% Herabsetzung) keine vom Frieden abweichende Resultate. Cordes (Berlin).

165. **Zur Methodik der Harnsäurebestimmung in kleinen Mengen von Blut, Harn und anderen Körperflüssigkeiten;** von A. Kowarski. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 41. S. 987.)

K. gibt ein Verfahren an, das hauptsächlich darin besteht, die vollständig enteiweißte Flüssigkeit auf ein Volumen von 2.0 ccm einzuengen und die Harnsäure durch Ammoniumchlorid als Ammonurat zu fällen; der Überschuß von Ammoniumchlorid wird durch Auswaschen mit Azetonalkohol entfernt. Der Ammoniakgehalt des Ammonurats wird durch Formoltitration bestimmt und nach der Ammoniakmenge der Harnsäuregehalt bestimmt. Cordes (Berlin).

166. **Das Blutindikan und seine praktisch diagnostische Bedeutung;** von G. Haas. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1363.)

Bei den Mengenangaben von Indikan im Blut ist zu trennen zwischen Gesamtblut und Serum, welch letzteres mehr Indikan enthält. Praktisch diagnostisch unterscheidet die Indikanprobe z. B. urämieähnliche Symptome von der wahren Urämie, gibt über Krämpfe usw. Aufschluß, über den quantitativen Grad der funktionellen Nierenschädigung usw. Cordes (Berlin).

167. **Zur Frage der Darstellung Teichmannscher Häminkristalle;** von Bokarius. (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 55. H. 2. 1918.)

Modifikation der bisher geübten Reaktionstechnik unter Anwendung von Ac. acet. concentr. und konzentrierter wässeriger bzw. Glyzerin-Kochsalzlösung im Verhältnis von 3:2 oder 3:1 oder 3:0.3. Die Reaktion gelingt leichter, gibt schöne Kristalle und ist deshalb genauer als die bisherige unter Anwendung „einer Spur Kochsalz“ oder dgl. Kellner (Hubertusburg).

168. **Over de noodzakelijkheid van het spectroscopisch onderzoek voor het aantoonen van bloed in de ontlasting;** door J. Snapper. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte. Nr. 1. S. 10.)

Die spektroskopische Untersuchung ist für den Nachweis des Blutes im Stuhl unerläßlich wegen der enterogenen Entstehung von Porphyrinen aus dem Blutfarbstoff. Die üblichen Färbungsreaktionen sind unvollständig und ungenügend, nicht nur weil Peroxydasen in blutfreiem Stuhl positive Färbereaktionen verursachen, sondern hauptsächlich weil der Blutfarbstoff im Darmkanal so weit zerlegt wird, daß die Färbereaktionen negativ bleiben. Dagegen werden mittels des Spektroskops die Zerlegungsprodukte des Hämoglobin leicht nachgewiesen, wenn nur außen auf der Hämochromogenreaktion auch auf die Porphyrinspektren geachtet wird. — S. teilt die Technik der spektroskopischen Porphyrinuntersuchung des Stuhls ausführlich mit. — Fünf Spektren sind abgebildet. Lamers (Herzogenbusch).

169. **Über Ausscheidung von Hexosen bei ausschließlicher Fütterung von Milchzucker;** von Fr. Theobald. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. 4. H. S. 203. 1917.)

Ein halbjähriges Brustkind mit Pneumonie, ulzeröser Endokarditis und sekundärer alimentärer Intoxikation zeigte alimentäre Glykosurie. Der ausgeschiedene Zucker ergab Osazone, die in heißem Wasser unlöslich waren, mikroskopisch die Form der Dextroseosazonen darboten, deren Schmelzpunkt zwischen 208—212° lag. Außerdem war er leicht zu vergären. Es handelte sich also um Dextrose. Brückner (Dresden).

170. **Klinische Anwendung der Gaskettenmethode zur Bestimmung der Blutreaktion;** von R. Höber. (D. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 551.)

H. gibt Erläuterung und Abbildung eines Apparates, mittels dessen im entgasten Blute die H-Konzentration bestimmt wird, und bezeichnet die Gaskettenmethode als ein verhältnismäßig einfaches Verfahren zum Nachweise einer Azidose des Blutes, wenn man die Bestimmung am entgasten, d. h. CO_2-freien Blutes ausführt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

171. **Die makroskopische Oxydasereaktion als Mittel zum Eiternachweis in pathologischen Körperflüssigkeiten;** von H. Hirschfeld. (D. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1620.)

Die von H. zur Unterscheidung von myelotischer von lymphatischer Leukämie empfohlene makroskopische Oxydasereaktion (Indophenolblausynthese, D. med. Woch. 1917. Nr. 26) läßt sich auch als ausgezeichnetes Mittel zum Nachweis von Eiter in pathologischen Körperflüssigkeiten benützen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

172. **Über das Nukleoproteid der Schilddrüse;** von W. Gröbly. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. S. 403. 1918.)

Das Nukleoproteid ist diejenige Komponente des Schilddrüsenkolloids, welche dessen Konsistenz erhöht und dessen Löslichkeit vermindert. Dadurch fällt ihm die Funktion zu, das Kolloid in der Schilddrüse zu retinieren bzw. es vor Resorption in die Körperflüssigkeiten zu schützen. Mangelhafte Bildung von Thyreonukleoproteid bedingt eine mangelhafte Retention, d. h. vermehrte Resorption des Schilddrüsensekrets und führt dadurch zu einer Hyperthyreose.

Beim Morbus Basedowii finden sich nicht nur Zeichen einer Hyperthyreose, sondern es wird auch die Bildung von Nukleoproteid bzw. Thyreonukleoproteid gestört. Hieraus erklärt sich eine Reihe von Wechselwirkungen zwischen Schilddrüse und anderen nuklein- und phosphorreichen Organen. So bildet eine sehr starke Beanspruchung des Phosphorstoffwechsels durch andere außerhalb der Schilddrüse gelegene phosphorreiche und Phosphor adsorbierende Organe und Organsysteme (Knochen-, Nervensystem, Keimdrüsen, Thymus, lymphatischer Apparat usw.) eine Disposition zur Basedowschen Krankheit in ätiologischer Hinsicht, indem sie zu einer Verarmung des Organismus an Phosphor dadurch zu einer erschwerten Bildung von Nukleoproteid führt, welche eine vermehrte Resorption von Schilddrüsensekret nach dem Körper zur Folge hat. Umgekehrt bedingt die Störung des Phosphorstoffwechsels bei ausgesprochenem Morbus Basedowii eine Verkürzung der Ansprüche, welche jene phosphorhaltigen und Phosphor adsorbierenden Organe an Phosphorstoffwechsel stellen (graziler Knochenbau, „neurotischer" Zustand, Hypofunktion der Keimdrüse, kompensatorische Hypertrophie von Thymus und lymphatischem Apparat, Lymphozytose, mangelhafte Antikörperbildung, verzögerte Blutgerinnung, Lymphozytenansammlungen in der Basedow-Schilddrüse, Hyperplasie dieser Drüse usw.).

Bei der Behandlung der Basedowschen Krankheit ist die Bildung von Thyreonukleoproteid durch Phosphormedikation und Schonung der übrigen Phosphor adsorbierenden Organe zn erleichtern, sowie die Überschwemmung des Körpers durch Schilddrüsensekret dadurch zu beschränken, daß Schilddrüsengewebe ausgeschaltet wird. Bachem (Bonn).

173. **Über den Chemismus verschiedener Ödemformen;** von W. Falta und M. Quittner. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1189.)

Die Ödembildung der Diabetiker geht mit starker Retention von Chloriden einher. Die Anhäufung der Chloride erfolgt nicht im Serum, sondern in den Geweben. Es handelt sich nicht um Bikarbonatödeme, sondern um Chloridödeme. Das Kriegsödem zeigt insofern analoges Verhalten mit dem Diabetesödem, als es auch auf Rückhaltung von Chloriden beruht und die Ödembereitschaft bei Zufuhr von Natr. bicarbonic. besonders stark zutage tritt. Die Ödembereitschaft der Diabetiker hat mit der Azidose nichts zu tun. Beim kardialen Ödem ist der Eiweißgehalt beträchtlich höher, ebenso ist der Reststickstoff um das Doppelte vermehrt. Ein besonderer Unterschied findet sich beim kardialen Hydrops in der Zusammensetzung der Salze, hier finden sich nämlich von Salzen hauptsächlich Phosphate, Sulfate und Karbonate. Von nephritischem Ödem wurde nur ein Fall bis jetzt analysiert, der folgenden interessanten Befund bot: In der Ödemflüssigkeit wenig Reststickstoff, geringer Eiweißstickstoff, wenig Harnsäure. Gesamtasche und Chloride annähernd normal auf beiden Seiten der Endothelwand. Geppert (Hamburg).

174. **Über Bildungsort und Schicksal des Sekretins für das Pankreas im Körper;** von Kemel Djenab. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 26. S. 624.)

Die Hauptbildungsstätte des Sekretins ist die tiefe Schicht der Duodenalschleimhaut. Man kann aus der Duodenalschleimhaut das Sekretin extrahieren. Spritzt man das Extrakt einem Tier in eine Vene, so erfolgt außer einer Senkung des Blutdrucks eine starke Sekretion des Pankreas. Die Vermittelung der Sekretion der Bauchspeicheldrüse erfolgt also auf dem Blutwege. Leber und Muskelgewebe können das Sekretin entweder paralysieren oder zurückhalten, sodaß seine Wirkung ausbleibt. Geppert (Hamburg).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

175. **Die Konstitution der Menschheit;** von Ribbert. (D. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1609.)

In der gedankenreichen Arbeit gelangt R. zu der Einsicht, daß sowohl die bekannten charakteristischen erblichen Merkmale, wie die wenigen scharfumgrenzten sogenannten konstitutionellen Zustände zu den untrennbaren Eigenschaften der Menschheit gehören. Sie stammen aus phylogenetisch weit zurückliegenden Zeiten und haben zum Teil schon für sich allein Störungen von Funktionen und damit Krankheiten zur Folge. Zum anderen Teil bringen sie ein Versagen des Körpers schon gegenüber den täglichen und erst recht natürlich gegenüber höheren Beanspruchungen der Umwelt mit sich. Wir können nicht sagen, daß die Menschheit grundsätzlich als gesund anzusehen sei, sie ist vielmehr von Hause aus mit bestimmten vielseitigen, zu funktionellen Störungen führenden Mängeln behaftet. Diesen ererbten konstitutionellen Zuständen gegenüber seien wir ärztlich gänzlich machtlos. Die erblichen Mängel aus der Menschheit fortzuschaffen, könne, wenn über-

haupt, nur dadurch gelingen, daß die von erblichen Störungen, wenigstens von den schweren Formen derselben Freien, zu gesteigerter Fortpflanzung gebracht werden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

176. **Physiologie der Karzinome;** von P. Grawitz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 31. S. 961.)

G. erklärt das Auftreten der Gallerte bei den Gallertkrebsen des Magens und Dickdarmes, der Gallenblase und Gallengänge daraus, daß die Zylinderzellen dieser Organe ihre physiologische Fähigkeit der Schleimsekretion auch in die veränderten Verhältnisse der malignen Neubildung mit hinübergenommen haben, und daß der Gallertkrebs ein durch Färbung sichtbar zu machendes Sekret der entodermalen Epithelien in die durchwucherten mesodermalen Gewebe abscheidet. Beim Gallertkrebs finde also die Sekretion nach außen statt. „Ähnlich unzweideutig wie beim Gallertkrebs ist eine Schleimabsonderung bei Enterozysten und Ovarialzysten festzustellen; bei allen übrigen Gewächsen muß die Physiologie der Epithelien aus ihrer Wirkung erschlossen werden." — Eine weitere physiologische Gruppe bilden gewisse ektodermale Geschwülste, die G. in zwei Arbeiten: „Über Adenokarzinom" (Vortrag i. Greifswalder Med. Ver. Z. IV. 17) und „Über Ulcus rodens" (D. med. Woch. 1904. Nr. 30) besprochen hat, um den Irrtum ihrer Abstammung von Endothelien zu widerlegen. — Ferner wird die kleinzellige Infiltration erwähnt und deren Wirkung auf das präexistierende Bindegewebe. An einer Abbildung wird nachgewiesen, daß der Krebs das Gewebe zum Kernzerfall bringt, und diese Reste teils umwuchert, teils direkt durch Phagozystose seinen lebhaft mitotisch wuchernden Zellen einverleibt. — Eine weitere physiologische Gruppe bilden die Karzinome, die mit ihrer inneren Sekretion zunächst Abbau bewirken, dem dauernde Gewebeneubildung folgt — Neubildung von Lymphdrüsen im Fettgewebe (Karl Ritter) — es findet ein zelliger Abbau der Membranen des Fettgewebes zu lymphoiden Zellen statt. — Die krebsartige Pleuritis und Peritonitis wird durch ein Sekret der Krebszellen hervorgebracht, das in seiner Wirkung dem Tuberkulin außerordentlich ähnlich ist, aber weder Verkäsung noch Eiterung, wie dieses, bewirkt. „Die inneren Sekrete der Krebszellen wirken allesamt auf das mesodermale Gewerbe ein; nicht auf die Gewebszellen allein, die normal als aktive protoplasmatische Bestandteile vorhanden sind, sondern auf leimgebende und elastische Fibrillen, die in eine schleimige, fibrinoide oder zellige Umwandlung übergehen. Die Plasmakulturen mit ihren myxomatösen, fibrinoiden, albuminösen, großzelligen und kleinzelligen Metamorphosen des Herzklappengewebes liefern die histologischen Vorbilder, ihr Studium bildet die Grundlage für das Verständnis der Krebsphysiologie." — Die Krebskachexie sei sicher zum Teil auf die innere Sekretion der Krebszellen zu beziehen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

177. **Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen;** von S. Fraenkel, B. Bienenfeld und E. Fichrer. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 36. S. 1131.)

Es wurden mit malignen Tumorzellen geimpfte Tiere einer systematischen Ernährung unterworfen bei gleichzeitiger Beobachtung der Wachstumsverhältnisse der sich bildenden Tumoren; dabei stellte sich heraus, daß sowohl die Fett-Eiweißtiere, wie auch die Kohlehydrattiere keine merklichen Unterschiede im Wachstum der Tumoren aufwiesen. Der Ernährungsfaktor bedingt also nicht den individuellen Wachstumsreiz der Tumoren.

Geppert (Hamburg).

178. **Wechselbeziehungen zwischen Karzinom und Diabetes;** von H. Strauß. (D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 1224.)

Unter 140 Fällen von Diabetes fand St. 19 mal = 13,5 % eine Angabe über das Vorhandensein von Karzinom in der Blutsverwandtschaft; die Häufigkeit dieses Vorkommens ist größer als in der Anamnese von anderen Kranken. Vielleicht nehme nicht nur der Diabetes unter den präkanzerösen Krankheiten, sondern auch das Karzinom unter den prädiabetischen Krankheiten eine besondere Stellung ein, so daß die Dispositionen zu Diabetes und zu Karzinom an einer bestimmten Stelle einen gemeinsamen Berührungspunkt besitzen würden: etwa auf dem Gebiete der inneren Sekretion.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

179. **Über blasenförmiges Ödem bei Karzinomen der Mamma;** von C. Wegelin. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 39. S. 1298.)

2 Fälle von Mammakarzinom, bei denen innerhalb der Epidermis über dem krebsig infiltrierten Korium Hohlräume auftraten, die, in der Stachelzellenschicht noch sehr klein, nach der Oberfläche hin sich vergrößern und schließlich in Bläschen übergehen, die zwischen den Lamellen der Hornschicht ein kavernöses System bilden. Makroskopisch entspricht einem solchen Komplex von Hohlräumen eine kleine, graue, oder graurötliche, bläschenförmige Erhebung der Haut, die einem frischen Ekzembläschen ähnlich sieht. Ursache für diese ödematöse Durchtränkung des Papillarkörpers und der Epidermis ist die Kompression der abführenden Hautgefäße durch die krebsige Infiltration des Koriums. Diese durch Ödem erzeugte Bläschenbildung beim primären Mammakarzinom ist von der Pagetschen Krankheit durchaus verschieden. Brauns (Dessau).

180. **Über das Epithelioma benignum baso- et spinocellulare cutis.** *Zur Lehre der benignen Schweißdrüsengeschwülste;* von E. Hedinger. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 39. S. 1270.)

In der Kutis gelegener rundlicher abgekapselter Tumor der Nase, 8 : 7 : 7 Durchmesser, der mit Schweißdrüsen zusammenhängt und dessen epitheliale Elemente teils drüsenschlauchförmige Bildungen mit zweischichtigem Epithel und Membrana propria, teils solide Stränge mit Gitterfiguren darstellen. Von diesen bestehen die meisten aus mittelgroßen polyedrischen Zellen, andere enthalten Riffzellen und Hornperlen, stellenweise mit beginnender Verkalkung. Vereinzelt größere mit kernlosen Hornmassen ausgefüllte Herde. Die Geschwulst stellt also einen Übergang dar von den einfachen Schweißdrüsentumoren zu komplizierteren Geschwülsten bis zur Mischgeschwulst der Haut. Sie zeigt, wie Jadassohn sich ausdrückt, daß das ganze große Gebiet der benignen Epitheliome der Haut mit unbekannten Ursachen ein einheitliches ist. Brauns (Dessau).

181. **Über die Erzeugung experimenteller Sklerose mit den Albuminen des Tuberkelbazillus;** von W. Müller und Ch. Mol. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1102.)

Anläßlich der Prüfung von Lungentuberkulosefällen auf ihre Reaktivität mittels der Deycke-Muchschen Partialantigene wurde die Beobachtung gemacht, daß bei 4 Patienten die alten Impfquaddeln, die von den Albuminantigenen herrührten, sklerosierten. Die Injektionsstellen zeigten bindegewebige Veränderungen und konkrementartige Einlagerungen in Form von Kalkplättchen. Die Albuminantigene des Tuberkelbazillus rufen also bisweilen eine bindegewebige Neubildung hervor, die in Verkalkung übergehen kann. In Anbetracht, daß derartige mechanische Gewebsreaktionen bei der Lungentuberkulose die erwünschten sind, kann man die gefundenen Reaktionen als günstige Anzeichen

eines erfolgreichen weiteren Ausbaues unserer Tuberkulosetherapie bezeichnen. Geppert (Hamburg).

182. **Kropf, Kretinismus und die Krankheit von „Chagas"**; von R. Krauß und F. Rosenbusch. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1104.)

In den Gebirgszonen Argentiniens gibt es eine Wanzenart (Triatoma infestans), die mit Trypanosomen infiziert sind. Chagas hat die Fälle von Kropf und Kretinismus auf eine Trypanosominfektion zurückgeführt. Demgegenüber stellten K. u. R. fest, daß in einzelnen Gegenden Kropf und Kretinismus endemisch sind, ohne daß man akute Fälle von Chagas' Krankheit beobachtet; andererseits gibt es Gegenden ohne Kropf und Kretinismus, trotzdem infizierte Triatomen vorkommen. Die akute Chagas-Krankheit, eine Trypanosomiasis, mit Fieber, Lymphdrüsenschwellung und Milzvergrößerung ist sicher beobachtet, die chronischen Formen können mit Kropf und Kretinismus vergesellschaftet sein, ohne daß die Ätiologie letzterer Symptome als Folge der Trypanosomiasis erwiesen wäre.

Geppert (Hamburg).

183. **Schilddrüse, Ödem und Diurese**; von L. Lichtwitz. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 8. S. 339.)

L. führt 3 Fälle an, aus denen erhellt, daß bei Myxödem und Sklerodermie auftretende Ödeme durch Schilddrüsensubstanz zum Schwinden gebracht werden können. Es handelt sich hier um eine Beeinflussung der Diurese durch das Nervensystem. Es gibt Fälle, bei denen in den mangelnden Einflüssen der Schilddrüse auf das Unterhautzellgewebe die Ursache vorhandener Ödeme liegt. Geppert (Hamburg).

184. **Über das Kriegsödem**; von W. Falta. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1637.)

Die Ursache des Kriegsödems liegt in der sogen. Ödembereitschaft, die bedingt wird durch eine unzureichende Eiweiß- und Gesamtkalorienzufuhr. Wird von einem sich im Zustand der Unterernährung befindlichen Organismus außergewöhnlich wasser- und salzreiche Nahrung aufgenommen, so entwickeln sich Ödeme.

Geppert (Hamburg).

185. **Zur Pathologie der Ödemkrankheit**; von A. Schiff. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 2133.)

Sch. nimmt an, daß die *Ödemkrankheit*, obwohl sie häufig bei Unterernährung beobachtet wird, doch neben dieser *auf einer qualitativen toxisch wirkenden Ernährungsschädigung beruht* und weist auf den ungewöhnlich hohen Wassergehalt und Salzreichtum der Nahrung hin, sowie den vorwiegend alkalischen Charakter der vorwiegend vegetabilischen Ernährung. Noch nicht entschieden sei, ob auch das Fehlen bestimmter Substanzen in der Nahrung, oder eine Beimengung von Stoffen, die in kleinen Mengen unschädlich, in großen schädlich sind, den Eintritt der Krankheit begünstigt. — Arsenkuren waren von bester Wirkung.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

186. **Bemerkungen zur Ödemkrankheit**; von E. Mallwa. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 47. S. 1477.)

M. berichtet über 4 Fälle, bei denen das wichtigste Untersuchungsergebnis eine noch im Beginne der Polyurie deutlich nachweisbare *Chloranreicherung im Blute war*, die während und nach Beendigung der Polyurie in eine beträchtliche Chlorverarmung überging. „Die Änderung der Chlorkonzentration des Blutes, die eine Änderung des osmotischen Druckes der Gewebszellen gleichzeitig zum Ausdruck bringt, ist bis jetzt das maßgebende Symptom der Erkrankung. Ödembildung und Polyurie sind nicht koordinierte kardinale Symptome, sondern subordinierte Begleitsymptome." Der Quellungszustand des kolloiden Systems, das die Zelle darstellt, habe eine Änderung erfahren; er bedarf, um bei dem lebhaften osmotischen Austausch zwischen Zelle und Gewebsflüssigkeit den Wasserstand zu wahren, einer höheren Salzkonzentration. — Doch soll nicht geleugnet werden, daß der Mangel an Vitaminen vielleicht zur Entstehung der Krankheit beiträgt.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

187. **Über Drüsenschwellungen**; von O. Müller. (Württemb. med. Korr.-Bl. 1917. Nr. 41. S. 445.)

M. betont, daß bei länger dauernden Drüsenschwellungen die Diagnose Tuberkulose nicht immer berechtigt ist. Er bespricht dann ausführlich die Ursachen, die solchen Drüsenschwellungen zugrunde liegen können, bespricht dann die Therapie, die hauptsächlich in Bestrahlung besteht, neben der vorsichtig Höhensonne, Sonnenbäder angewandt werden können.

Cordes (Berlin).

188. **Über den Einfluß wechselnder Außentemperatur auf die Zuckerausscheidung phlorizindiabetischer Hunde**; von W. Weiland. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. S. 211. 1917.)

Es ist möglich, bei gleichbleibender Außentemperatur bei phlorizindiabetischen Hunden bei gleicher Ernährung konstante Zuckerausscheidung hervorzurufen. Der Einfluß der umgebenden Außentemperatur ist in allen untersuchten Fällen deutlich erkennbar, tritt jedoch nicht in so großem Unterschied hervor und auch nicht so ganz konstant wie bei pankreaslosen Hunden. Beeinflussung durch Ernährungszustand und Nahrungszufuhr besteht nicht. Als hauptsächliche Ursache für die wechselnde Ausscheidung ist der schwankende Blutzuckergehalt anzunehmen, wie er für normale Hunde gefunden wurde. Bachem (Bonn).

189. **Ein Todesfall unter choleriformen Erscheinungen mit einem seltenen histologischen Befunde**; von H. Müller. (D. med. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1563.)

Bei einem unter Choleraerscheinungen Verstorbenen wurde eine Nephritis mit konsekutiver Urämie als Todesursache festgestellt. Das gesamte Dickdarmepithel zeigte intensive Kernteilung und -Vermehrung. Es wurden Dysenterie Y-Bazillen aufgefunden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

190. **Zur anatomischen Diagnose der Ruhr**; von H. Beitzke. (Berl. klin. Woch. Nr. 26. S. 625.)

Bei geschwächten und körperlich heruntergekommenen Individuen verläuft die Ruhr oft ganz atypisch und endet letal, noch ehe es zur Entwicklung des klinischen Bildes kommt. Auch anatomisch ist in solchen Fällen außer geringfügigen Veränderungen des Dickdarms (mit stets mikroskopisch nachweisbarem blutigen Inhalt) nichts aufzufinden. In einzelnen Fällen wiesen Pigmentablagerungen der Mucosa auf Verdacht des Bestehens chronischer rezidivierter Ruhr hin. (Das Rezidiv verlief wegen der Ruhrkachexie schnell letal.)

Geppert (Hamburg).

191. **Pferderäude beim Menschen**; von Nußbaum. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1033.)

N. machte die Beobachtung, daß in Glyzerin gebrachte Pferdemilben am anderen Tage nicht mehr aufzufinden waren, „weil sie beim Absterben sich vollständig kontrahiert hatten". Daraus erklärt sich, daß bei Menschen nie Pferderäudemilben zu finden sind. Die Räude fand sich bei Menschen an dem Unterarm, Oberarm und Nacken, und war durch an den Fingernägeln haftende Milben übertragen. Die Skabiesmilbe unterscheidet sich in nichts von der Räudemilbe. „Letztere hat durch den ständigen Aufenthalt auf der Pferdehaut andere Lebensbedingungen angenommen, so daß eine Fortentwicklung auf der Haut des Menschen für sie unmöglich geworden ist."

Kadner (Dresden-Loschwitz).

192. **Sporotrichose in Nederlandsch-Indië;** door K. B. M. ten Brink. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte. Nr. 1. S. 5.)

B. beobachtete in einer Poliklinik für Hautkrankheiten in Weltevreden in 3 Jahren 159 Fälle bei einem Material von 3687 Patienten, also 4,3 %. In derselben Zeit sah er die Erkrankung nur fünfmal bei Europäern. Er gibt Vorschriften über die Züchtung des Keimes und Anhaltspunkte für die Diagnose und Differentialdiagnose gegen Lues und Tuberkulose. 23 Fälle werden kurz beschrieben und auf ebensovielen sehr schönen Tafeln photographisch abgebildet. Lamers (Herzogenbusch).

193. **Zytologische Blutuntersuchungen bei Gasbrand;** von A. Lehndorff und G. Stiefler. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1258.)

In 25 Fällen von Gasbrand wurde das Blut fortlaufend während des ganzen Krankheitsverlaufes zytologisch untersucht. In allen Fällen zeigte sich schon kurz nach Eintritt der Infektion konstant eine hochgradige Verminderung der Erythrozytenzahl. Der Färbeindex war in der Regel gleich anfangs leicht vermindert, sank aber erst nach längerer Krankheitsdauer auf erheblich niedrigere Werte. Es fand sich fast stets ein leichter Grad von Anisozytose, in einigen Fällen eine deutliche Polychromasie und einige Male kernhaltige rote Blutkörperchen. In den Fällen, die in völlige Heilung übergingen, näherte sich erst nach einem längeren Zeitraum das rote Blutbild wieder der Norm.

Das weiße Blutbild zeigte konstant eine höhergradige Leukozytose. Die Eosinophilen fehlten gänzlich oder waren stark vermindert. Die polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten waren fast stets auch prozentuell vermehrt, dementsprechend die Lymphozyten prozentuell vermindert. Die großen Mononukleären und Übergangsformen waren in der Regel nicht wesentlich vermehrt. Einige Male wurden Myelozyten und Türcksche Reizungsformen gefunden. In der Rekonvaleszenz trat in der Regel eine ausgesprochene postinfektiöse Lymphozytose auf. Koenigsfeld (Freiburg).

194. **Über die Pathologie der urämischen Hauterkrankungen;** von G. B. Gruber. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 121. S. 241. 1917.)

Wie Schleimhautaffektionen kommen bei Urämie auch Hauterkrankungen vor. Französische Autoren erwähnen besonders exanthemartige Eruptionen der Haut. Die klinisch beobachteten urämischen Hauterkrankungen wurden bisher wenig durch pathologisch-anatomische Untersuchungen ergänzt. G. teilt seine pathologisch-anatomischen Beobachtungen von Leichen urämisch Verstorbener mit und illustriert sie durch makroskopische und mikroskopische Abbildungen. Makroskopisch werden die urämischen Hautaffektionen als quaddelartige Eruptionen von Linsengröße, als Dermatitis uraemica, als Inflammatio circumscripta cutis multiplex, als hämorrhagisch entzündlicher und nekrotisierender Hautausschlag bezeichnet. Im wesentlichen handelt es sich um eine Dermatitis, bei der exsudative Momente im Vordergrund stehen. Die Veränderungen regressiver Art treten dagegen meist zurück. Instruktiv sind besonders bei Fall 4 die Gefäßveränderungen und beginnende Thrombenbildung, welche die Annahme erlauben, daß eine endovasal angreifende Noxe die Intima der Hautgefäße schädigt und die vaskuläre und perivaskuläre entzündliche Reaktion veranlaßt, die als ein exsudativer Prozeß zu gelten hat. Welcher Art diese gefäßschädigende Noxe ist (retinierte harnfähige Stoffe usw.) wird ohne bestimmte Entscheidung diskutiert.

Kankeleit (München).

195. **Ein Beitrag zu Wrights Theorie der Blutplättchenentstehung;** von P. Kaznelson. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 122. S. 72. 1917.)

Die Theorie Wrights, daß die Blutplättchen Abschnürungsprodukte des Protoplasmas der Riesenzellen im Knochenmark seien, fand viele Anhänger. Naegeli, welcher sich auch von der Richtigkeit der Theorie überzeugte, wies auf das Vorkommen von Megakaryozyten im strömenden Blut hin, doch fand er an diesen niemals Blutplättchenabschnürung. Diese Lücke glaubt K. ausfüllen zu können, was er an Abbildungen von Blutausstrichen eines Falles von hämolytischer Anämie mit Ikterusfällen demonstriert.

Kankeleit (München).

IV. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

196. **Über die therapeutische und toxische Wirkung des Nirvanols;** von H. Curschmann. (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 2. S. 53.)

C. berichtet Günstiges über die gute und prompte Wirkungsweise des Nirvanols, das bereits in Gaben von 0,25 hinlänglich schlafmachend wirkt. Auch erwies es sich als ein gutes Mittel gegen nächtliche Erektionen, sodaß es als Anaphrodisiakum zu empfehlen wäre. Nächtliche Pollakisurie wurde ebenfalls günstig beeinflußt.

Neben der zweifellos guten Wirkung als Hypnotikum konnten indes auch einige toxische Eigenschaften festgestellt werden, die indes zu keinen bedrohlichen Erscheinungen führten. In einem Falle machten 2 g nur geringe Erscheinungen am Nervensystem, darunter auffallende Pupillenverengerung. In einem anderen Falle wurden infolge Verwechslung innerhalb $2^1/_2$ Tagen 7 g Nirvanol genommen. Auch hier traten zwar nie ernsthafte Störungen des Kreislaufes und der Atmung auf, dagegen zeigten sich unerwünschte Einwirkungen auf das Zentralnervensystem, besonders auf die Psyche. Der an Alkoholgenuß gewöhnte Patient wurde soporös, euphorische Erregung wechselte mit halluzinatorischer Verwirrtheit, dazu kam völlige Amnesie für die mehrtägige Dauer der Vergiftung. Ferner zeigten sich Miosis, Trägheit der Pupillenreaktion, Doppelsehen und Abschwächung der Sehnenreflexe. — In einem dritten Falle konnte bei einer Patientin, die jahrelang Veronal oder Adalin stets anstandslos vertragen hatte, bei einem Zusatz von 0,25 Nirvanol Benommenheit und hochgradige Schwäche der Beine beobachtet werden.

Bachem (Bonn).

197. **Die Bestimmung und Verteilung des Broms in Organen und im Blute nach**

Einnahme von Bromnatrium; von W. Authenrieth. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 23.)

Das Brom der Bromalkalien läßt sich auf kolorimetrischem Wege quantitativ bestimmen, wenn man auf die wässerige Lösung derselben, bei Gegenwart von verdünnter Schwefelsäure oder besser von *Kaliumbisulfatlösung* mit 10 Prozent $KHSO_4$, Kaliumpermanganatlösung einwirken läßt und das hierdurch frei gewordene Brom mit Chloroform auszieht. Von der so hergestellten, auf ein bestimmtes Volumen verdünnten Bromchloroformlösung läßt sich mittels des Authenrieth-Königsbergerschen Keilkolorimeters ihre Farbstärke ermitteln und das dieser Farbstärke entsprechende Brom auf rechnerischem Wege finden. Diese kolorimetrische Methode eignet sich vorzugsweise für die Bestimmung kleiner Brommengen, Chloride in einer Menge, wie solche im Blute, in den Organen und auch im Harne vorkommen, beeinflussen das Ergebnis einer kolorimetrischen Brombestimmung entweder gar nicht oder kaum nennenswert.

Organe, wie Leber, Niere, Gehirn sowie Blut, werden in einer Menge von 40—60 g zunächst in einem Nickeltiegel mit reinem Ätznatron unter Zusatz von wenig Kaliumnitrat verascht; die wässerige Lösung der Asche wird mit verdünnter Schwefelsäure neutralisiert und ist alsdann für die kolorimetrische Bestimmung des Broms vorbereitet.

Das in Form von Bromnatrium eingegebene Brom wird vom Organismus des Menschen hartnäckig zurückgehalten und durch die Nieren nur außerordentlich langsam ausgeschieden; besonders scheint eine Retention des Broms in hohem Grade einzutreten, wenn die betreffende Person chlorarm ernährt wird. Ein 37jähriger Mann, der an einer chronischen Nephritis erkrankt war und der bei kochsalzarmer Ernährungsweise während 10 Tagen täglich mindestens 10 g Bromnatrium eingenommen, dann aber 26 Tage lang vor seinem Tode kein Bromsalz, wohl aber, zur Verdrängung des Bromnatriums aus dem Körper, reichlich Chlornatrium erhalten hatte, hat im Blute und in verschiedenen seiner Organe noch beträchtliche Mengen von Brom enthalten. Bezogen auf das ganze durchblutete Organ, hat die Leber noch 0,037, das Gehirn 0,019, die Niere 0,037 und das Blut 0,045 % Bromnatrium enthalten. Eine Anreicherung des Gehirns mit Brom scheint auch bei größeren Dosen Bromnatrium nicht einzutreten; der Bromgehalt des Gehirns und der anderen Organe dürfte im wesentlichen auf den Gehalt an bromhaltigem Blute zurückzuführen sein; das völlig entblutete Organ wäre höchst wahrscheinlich nahezu bromfrei gewesen. Der von A. untersuchte Fall bestätigt die schon von Kunkel und Büchner vertretene Ansicht, daß das Gehirn keine spezifische Attraktion für das Brom besitzt.

Bachem (Bonn).

198. **Über die Einwirkung chronischer Kampferzufuhr auf das Herz;** von H. Sigerist. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 51. S. 1748.)

Der chronische Kampfergebrauch ruft am Herzen des normalen Kaninchens keinerlei Schädigungen hervor, weder funktioneller, noch anatomischer Art. Es erscheint im Gegenteil die Muskulatur des linken und des rechten Ventrikels gegenüber erhöhten Ansprüchen leistungsfähiger als bei den Kontrolltieren. Die faradische Erregbarkeit des Herzvagus wird nicht verändert. Das normale Herz erlangt durch die chronische Vorbehandlung mit Kampfer keinerlei Resistenz gegen Herzgifte (Phosphor, Diphtherie), wenn dieselben in letalen Dosen angewendet werden. Ebensowenig ließ sich eine günstige Beeinflussung des langsam phosphorvergifteten Kaninchens durch gleichzeitige chronische Kampferzufuhr feststellen.

Falls daher bei pathologischen Zuständen klinisch sich eine günstige Einwirkung des Kampfers auf die Zirkulation oder das Allgemeinbefinden ergibt, so bestehen nach den Ergebnissen S.s keine Bedenken für eine längere Anwendung des Mittels.

(Anschließend an diese Arbeit berichtet Zangger über die prolongierte Anwendung des Kampfers bei chronischer Myokarditis. Insbesondere sah er gute Erfolge bei chronischer Herzschwäche älterer Leute.)

Bachem (Bonn).

199. **1) Zur Kenntnis des Atophans und einiger Atophanderivate;** von L. Rotter. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. 1917. S. 176.)

2) Die physiologischen Wirkungen des Hydratophans; von J. Pohl. (Ebenda S. 198.)

1) Atophan wirkt, im Gegensatz zum Warmblüter, beim Kaltblüter stark toxisch; die Angriffspunkte bilden das Zentralnervensystem und der nervöse Herzapparat, die beide gelähmt werden. Für die Giftigkeit ist die Phenylgruppe am Chinolinkern verantwortlich zu machen. Durch Substitution einer zweiten Phenyl-, einer Äthyl-, Amino- oder Hydroxylgruppe am Chinolinkern wird die Atophanwirkung deutlich abgeschwächt, durch Substitution am Benzolring dagegen erhöht, wie Versuche mit verschiedenen Derivaten ergaben. Die Ungiftigkeit des Hexophans beruht auf der Anwesenheit einer zweiten Karboxylgruppe. Einen die Atophanwirkung antagonistisch beeinflussenden Körper zu finden, gelang nicht. — Außer Tierversuchen verschiedener Art hat R. auch Versuche am Menschen angestellt, welche zeigten, daß die vermehrte Harnsäureausscheidung mit erhöhter Oxyphenylchinolinkarbonsäureausscheidung Hand in Hand geht. Die Vermehrung war früher oder später deutlich. Die Bildung und Mobilisation der Harnsäure fällt offenbar mit der Oxydation des Atophans zeitlich zusammen. Die Versuche am Menschen sind tabellarisch zusammengestellt.

2) Pohl hat ein Reduktionsprodukt des Atophans, das Hydratophan am Kalt- und Warmblüter geprüft und gefunden, daß die Beziehungen des Atophanmoleküls zum Herzen durch die Hydrierung völlig geschwunden sind, dafür tritt aber Erregung spinaler (Tetanus) und peripherer (fibrilläre Zuckungen) Natur auf. Auch beim Warmblüter zeigte sich eine spinale Reflexerregbarkeitssteigerung.

Bachem (Bonn).

200. **Beitrag zur Diuretin-Wirkung;** von L. Stein. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1.)

St. veröffentlicht neue günstige Erfahrungen mit Diuretin, die bei längerem Gebrauch des Präparates auch bei katarrhalischen Zuständen der groben und feinen Bronchien festgestellt werden konnten. Es sind darunter nicht akute Fälle gemeint, sondern jene sich über lange Zeit hinziehenden, teils originären, teils sekundären Katarrhe, die mehr oder weniger durch starke Schleimabsonderung bzw. Schwellung der Schleimhaut und den damit verbundenen Hustenreiz belästigen.

Daß eine günstige Wirkung bei Stauungskatarrhen hervortritt, ist theoretisch leicht ersichtlich. Denn das Diuretin entlastet durch seine die Gefäße des Abdomens erweiternde Wirkung den kleinen Kreislauf. Diese dadurch erzeugte Plethora des Abdomens wirkt natürlich auch auf die Schleimhaut der Bronchien dekongestionierend und infolgedessen auch antikatarrhalisch. In 3 Fällen von Emphysem, bei denen infolge dazugekommener Herzzustände Diuretin durch mehrere Wochen angewendet wurde, ließ sich eine bedeutende Besserung des begleitenden Katarrhs wahrnehmen. Die Patienten husteten weniger und warfen auffallend geringere Mengen aus. Die Kranken wiesen selbst darauf

hin, daß ihr jahrelang bestehender Katarrh seit dem Gebrauch des Diuretins sich auffallend gebessert habe.
Bachem (Bonn).

201. **Erfahrungen über Versuche mit Theazylon;** von J. Stein. (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 3. S. 92.)

Auf Grund der in 21 Krankengeschichten mitgeteilten Beobachtungen kommt S. zu folgenden Ergebnissen: Theazylon ist ein vortreffliches Diuretikum, das rasch wirkt und Hydrops durch Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Arteriosklerose, akute und chronische Nephritis meist in kurzer Zeit beseitigt. Es wird gern genommen, erzeugt keine Verdauungsstörungen oder Erbrechen. Die Eiweißausscheidung wird durch Theazylon nicht ungünstig beeinflußt. Die Tagesdosis beträgt 1,5—4,0, die Einzelgabe 0,5—1,0; das Mittel ist auch mit Digitalis kombinierbar. Hinsichtlich der Schnelligkeit der Wirkung scheint es dem Diuretin überlegen zu sein. Wie alle Diuretika versagt es in einzelnen Fällen, auch ist es bei Hydrops infolge von Hepatitis interstitialis und Amyloiddegeneration der Nieren wirkungslos.
Bachem (Bonn).

202. **Zur Strophanthinfrage;** von A. Holste. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. S. 153. 1917.)

H. konnte nachweisen, daß g-Strophanthinlösungen (g = Gratus-Str.) in Ampullen ihren Valor mehrere Jahre lang unverändert behalten, während diejenigen des k-Strophanthins (Kombé-Str.) ungefähr nach Ablauf eines Jahres an Wirksamkeit verlieren. Dadurch wird es auch verständlich, warum häufig schon kleine Strophanthingaben Vergiftungen hervorrufen, während höhere Dosierungen anderer Präparate anstandslos vertragen werden. Wie Curschmann hält auch H. es für durchaus angebracht, keine höhere Gaben als 0,5 mg intravenös zu injizieren.
Bachem (Bonn).

203. **Allotropin, ein neuer Urotropinersatz;** von C. Bachem. (Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 40.)

Allotropin ist Hexamethylentetraminphosphat mit einem geringen Überschuß von freiem Hexamethylentetramin und bildet ein weißes, in Wasser leicht lösliches, säuerlich schmeckendes Pulver. Es besitzt vor dem Hexamethylentetramin den Vorzug, auch bei *alkalischem* Harn zur Wirkung gelangen, d. h. freien Formaldehyd abspalten zu können. Dies ist bedingt durch die Phosphorsäurekomponente, die dem Harn stark saure Eigenschaften verleiht (Phosphorsäure verbrennt bekanntlich nicht im Körper). In der urologischen Praxis wurde das Mittel bereits von Bunge mit gutem Erfolg benutzt; auch scheint seine Verwendung bei anderen Erkrankungen, bei denen man Hexamethylentetramin vorgeschlagen hat (Meningitis cerebrospinalis, eitrige Mittelohrentzündung usw.) aussichtsvoll. Selbst nach kleinen Gaben erfolgt der Übergang in den Harn schnell (10—20 Min. nach der Einnahme) und hält genügend lange an. Dabei wird freier Formaldehyd abgespalten, wie experimentell nachgewiesen werden konnte. In Anbetracht des Umstandes, daß Allotropin zu 36% aus Phosphorsäure und zu 64% aus Hexamethylentetramin im Molekül besteht, sind etwa die doppelten Gaben als beim Hexamethylentetramin erforderlich: mehrmals täglich 1—2 g in Lösung.
Autoreferat.

204. **Kalzium- und Phosphorsäure-Stoffwechsel bei einem Falle von Rachitis tarda;** von B. Rücklin. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 47. S. 1586.)

R. studierte an einem Fall von Rachitis tarda die Wirkung der Einverleibung von Phosphor und Kalk. Die Untersuchungen wurden in 6 Perioden vorgenommen — 2 Vorperioden ohne irgendwelche Medikation, die beiden folgenden mit Verabreichung von Phosphor-Lebertran 0,01 : 100 dreimal täglich 5 ccm, die beiden letzten Perioden mit Calcium phos. tribas. 10 g : 100 ccm Lebertran, dreimal täglich 5 ccm. Jede folgende Periode wurde direkt an die vorhergehende angeschlossen, wodurch klare Umschlagswerte erzielt wurden. Es wurde Wert auf möglichst physiologische Verhältnisse gelegt. Die Ernährung während der Versuche wurde ganz gemischt gewählt. Die Nahrung mußte gut teilbar und ganz homogen sein, da von jedem einzelnen Nahrungsbestandteil $^1/_{10}$ zum Versuch zurückgestellt wurde. Der Kalkstoffwechsel zeigte in 2 Kontrollversuchen von je 5 Tagen eine durchschnittliche Retention von 0,22 g CaO pro Tag = 15,2% des eingeführten Kalkes. In den beiden nächsten 5tägigen Perioden mit Phosphorlebertran stieg die Retention auf 0,36 g CaO = 22,1% des eingeführten Kalkes. Bei Verabreichung von Lebertran mit Calc. phos. in den nächsten beiden Perioden stieg die Retention auf 0,85% täglich = 39,9% des eingeführten Kalkes, 22 Tage hindurch. Ebenso nimmt die Ablagerung der Phosphorsaure zu. Der Körper hielt in der letzten Periode täglich 1,99 g = 41,1% der eingeführten Phosphorsäure zurück. Daß der Kalk dauernder Besitz des Körpers geworden war, zeigte der Vergleich der Röntgenbilder, die vor und nach den Versuchen aufgenommen wurden.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

205. **Intravenöse Injektion von Kalziumchlorid-Harnstoff;** von C. W. Rose. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 43, S. 1030.)

Die intravenösen $CaCl_2$-Harnstoffinjektionen haben den Zweck, die Übererregbarkeit des zentralen wie des peripheren Nervensystems, sowie auch einzelner Nerven herabzusetzen und die Blutgefäße abzudichten. Sie üben diese Wirkung beim akuten Anfall von Asthma bronchiale; die Wirkung ist auch prophylaktisch; ferner bei Heufieber, sowohl im Anfall als auch vorbeugend; bei Leuten mit übersensibler Nasenschleimhaut, bei Jodschnupfen und Jodbronchitis; bei Urtikaria, sofortige Erleichterung bringend und das Fortschreiten des Prozesses hindernd; bei Seruminjektionen zur Verhütung anaphylaktischer Erscheinungen.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

206. **Das reduzierte Fuchsin als Indikator der oligodynamischen Wirkung des Kupfers;** von H. Pfeiffer und H. Kadletz. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 32. S. 997.)

Naegeli hatte beobachtet, daß metallisches Kupfer keimtötende Eigenschaften besitzt. Saxl (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 23) zeigte, daß weder elektrolytische Vorgänge oder einfache Strom- oder Ladungserscheinungen, noch direkte Wirkung sich bildender und lösender Metallsalze die keimtötende Kraft von Flüssigkeiten und Agarplatten erklären könne, in welche Kupfer- oder Silberdraht eingebracht *und dann wieder entfernt worden war.* Endlich gelang es zu zeigen, daß diese keimtötende Kraft sich auf Glasgefäße übertragen ließ, mit denen das beeinflussende Wasser oder Agar in Berührung gekommen war. Elektrische Strom- oder Ladungserscheinungen seien hierfür nicht heranzuziehen, Strahlungserscheinungen dagegen seien nicht auszuschließen. Saxl schlägt für die Erscheinung die Bezeichnung „keimtötende Fernwirkung der Metalle" vor. Pf. und K. bezeichnen die Vorgänge als „oligodynamische". Sie fanden einen brauchbaren Indikator für dieselben in dem Brahmschen Fuchsin für Bazillenfärbung. Es gelang ihnen ohne weiteres, die Fuchsinwirkung des Kupfers (Auftreten eines zuerst leicht, dann intensiv rot gefärbten Hofes von ganz bestimmter

Form um den in die Fuchsinplatten eingesenkten Metalldraht) auf andere Medien zu übertragen, welche sie zu speichern vermögen: H_2O, Kochsalzlösung, Glas, Kautschuk, tierische Membran. Die Wirkung des Kupfers auf die reduzierte Fuchsinplatte in Kombination mit anderen Metallen im Sinne der Bakterizidieversuche von Thiele und Wolf und Saxl läßt Förderung und Hemmung in besonders schöner Weise erkennen. Pf. und K. bezeichnen die den Vorgängen zugrunde liegende Kraft als Energie schlechtweg, ihre Äußerung als Energiewirkung. Zwischen Kupferenergie und Silberenergie bestehen Verschiedenheiten. An den Indikatoren lassen sich eine Fuchsinwirkung und die bakterizide Wirkung unterscheiden. Die von den Metallen ausgehenden sind als aktive Energie und Energiewirkungen von jenen getrennt, die in manchen Körpern (Kondensatoren) auftreten, den passiven Energien und Energiewirkungen. Es folgen genauere Aufstellungen über die mit dem Kupfer gemachten Erfahrungen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

207. **Über die keimtötende Wirkung der Metalle und Metallsalze;** von H. Schloßberger. (Med. Klin. 1918. Nr. 9. S. 204.)

Kupfer und in geringerem Grade Silber sind bakterizid. Die Wirkung ist eine chemische, veranlaßt durch Auflösung ganz geringer Mengen der Metalle, die von der Oberfläche der Bakterien absorbiert werden.

Die angebliche Aktivierung von Glas usw. durch Metalle und -Salze ist auf zurückgebliebene Reste von Desinfektionsstoffen zurückzuführen. Die Silberwirkung ist zur Sterilisation zu schwach. Die von Saxl empfohlene Abtötung der Bakterienaufschwemmung durch in obigem Sinne aktivierte Glasgefäße ist auf geringste Mengen gelöster Metallverbindungen gelöster Metallverbindungen zurückzuführea. Cordes (Berlin).

208. **Die Wirkung des Saccharins auf die Magenverdauung;** von Best. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1231.)

Aus den am Menschen angestellten Untersuchungen geht hervor, daß Saccharin die Magensaftsekretion anregt und wahrscheinlich die Magenentleerung verzögert. Das Mittel ist zu vermeiden bei allen Magenerkrankungen, die mit Hyperazidität einhergehen, vor allem beim Ulcus ventriculi und beim Ulcus am Pylorus. Im übrigen kann es hinsichtlich seines Einflusses auf die Verdauung als unschädlich bezeichnet werden.

Bachem (Bonn).

209. **Über die Ameisensäure als Bestandteil von Nahrungsmitteln;** von A. Bickel. (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therap. 1917. Bd. 21. H. 9.)

Versuche an Hunden und Menschen ergaben, daß die einmalige Zufuhr, wie auch der dauernde Genuß von Ameisensäure in einer Dosis bis 0,07 g täglich für den Menschen vollkommen unschädlich ist. Nach Maßgabe der Tierversuche gilt das wahrscheinlich für noch höhere Dosen, bis 0,5 g der Säure. Die von Adam ausgesprochene Befürchtung, daß der dauernde Genuß von Ameisensäure, als Konservierungsmittel von Nährpräparaten verwendet, Gesundheitsschädigungen zur Folge haben könnte, sei daher unbegründet.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

210. **Über eine Nebenwirkung der Tierkohle;** von Mönch. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 132.)

Nach Darreichung verhältnismäßig geringer Mengen Tierkohle (gegen Durchfall) zeigten sich nach Alkoholgenuß eigentümliche vasomotorische Störungen: Brennen und Hitze im Gesicht mit tiefrotem Kopf, Herzklopfen, auch Hände und Füße waren hyperämisch, Puls- und Atemfrequenz gesteigert, dagegen keine Temperaturerhöhung. Die Erscheinungen wiederholten sich später bei abermaliger Einnahme von Tierkohle und Alkohol. Auch bei anderen Personen traten nach Aufnahme der beiden Mittel ähnliche Erscheinungen auf. Auf eine Verunreinigung der Tierkohle können diese Erscheinungen schon deshalb nicht zurückgeführt werden, weil sie auch nach ganz reinen Präparaten auftraten.

Bachem (Bonn).

211. **Gaz toxiques, urticaire et tuberculose;** von M. Pirard. (Presse méd. 1917. Nr. 65. S. 668.)

Bei 7 Personen, die 14 Tage vorher giftigen Gasen ausgesetzt gewesen waren, trat Urtikaria auf, besonders stark in der Gegend der Geschlechtsteile. Drei von ihnen litten an Tuberkulose. P. vermutet, daß Tuberkulose, wie andere Faktoren, den Organismus sensibilisiert für die Entwicklung der Gürtelrose.

Lamers (Herzogenbusch).

212. **Eine Vergiftung durch Phosphorwasserstoff bei dem Schweißen mit Azetylengas;** von L. Lewin. (Med. Klin. 1917. Nr. 52. S. 1353.)

Der tödliche Ausgang in dem mitgeteilten Falle beruhte nicht auf der Einatmung von Azetylen oder Kohlenoxyd, das sich gleichfalls bei dem in Frage kommenden Betriebe bildet, sondern auf der Einatmung des schon in geringen Mengen tödlich wirkenden Phosphorwasserstoffs. Es zeigte sich Husten, Schwächegefühl neben Kälte- und Frostgefühl. Später stellte sich Lungenödem ein, dem der Vergiftete 3 Tage nach dem Unfalle erlag. Bei der Obduktion zeigte sich auffallende Verwesung und starke Grünfärbung der Leiche.

Phosphorwasserstoff wirkt in einer Verdünnung von 1:10000 in der Luft bei Tieren tödlich.

Bachem (Bonn).

213. 1. **Das Verhalten von Kugeln aus einer Bleinatriumlegierung gegen Wasser;** von L. Lewin. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 38.)

2. **Über den Nachweis des Bleischadens nach Steckschuß;** von Schlesinger. (Ebenda. S. 39.)

1. Aus bleinatriumhaltigen Schrapnellkugeln werden in verschiedenen Zeiträumen keine konstanten Bleimengen ausgelaugt. Konstant bleiben nur die großen Mengen Bleioxydhydrat, die sich unter dem Einfluß des freien Alkalis bilden. Neben den löslich gemachten Mengen von Blei ist es vor allem dieser charakteristische Bleioxydhydratschlamm, der von den Gewebssäften des Körpers leicht resorbiert werden kann. Daher ist die Entfernung dieser Kugelart aus dem Körper dringend anzuraten.

2. S. beschreibt verschiedene Fälle, in denen durch Liegenbleiben eines Geschosses im Körper deutliche nervöse Erscheinungen aufgetreten waren. Während in einigen Fällen die Untersuchung des Harns auf Blei negativ war, fiel sie in der Lumbalflüssigkeit stets positiv aus. In einem Falle fand sich in 20 ccm Liquor nicht weniger als 0,006 g Blei. Bachem (Bonn).

V. Innere Medizin.

Tuberkulose.

214. **Über Tuberkulose.** *II. Tuberkulinreaktion und Tuberkuloseverlauf;* von E. Schloß. (Med. Klin. 1917. Nr. 49. S. 1176.)

Methode und diagnostischer und prognostischer Wert der Tuberkulinreaktion, sowie prognostischer Wert des Tuberkuloseschutzes.

Fast sämtliche mit Tuberkulose infizierte Kinder haben zu irgend einer Zeit eine positive Kutanreaktion gehabt. Allmählich geht dann die Tuberkulinempfindlichkeit zurück. Cordes (Berlin).

215. **Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose vom Standpunkt des Praktikers.** Referate erstattet im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin am 10. Dezember 1917. (D. med. Woch. 1918. Nr. 4.)

1. *Diagnose der Lungentuberkulose;* von Goldscheider.

Es kommt hauptsächlich auf die Erkennung der Frühstadien und auf die Entscheidung über die Aktivität der Lungentuberkulose an. Die Diagnose soll sich nicht auf *ein* Symptom, sondern auf die Zusammenfassung aller Symptome, die Untersuchung des ganzen Organismus und Bewertung der Anamnese stützen. Es ist erforderlich, daß sich die Diagnose auf die vorliegende Form der Lungentuberkulose erstreckt. Bewährt hat sich die Einteilung nach Fränkel-Albrecht in die käsige, bronchopneumonische bzw. pneumonische, die proliferierende und die zirrhotische Form.

2. *Die Prognose bei der Lungentuberkulose;* von Fr. Kraus.

Die Prognose ergibt sich zum Teil aus der diagnostischen Feststellung des pathologisch-anatomischen Lungenbefundes, seiner Art und seiner Ausbreitung. Eine Kombination der Schemata von Fränkel und von Aschoff ist für die Praxis vereinbar. Zu berücksichtigen ist aber vor allem auch das biologische Verhalten des Körpers, aus dem hervorgeht, ob es sich um eine aktive, progrediente, oder um eine sogenannte latente, oder besser stationäre Tuberkulose handelt. Zur Lungenphthise scheint eine Reinfektion nach Erstansteckung notwendig zu sein. Die durch den Erstinfekt erworbene Resistenz ist ebenso wichtig wie die Disposition.

3. *Zur Diagnose und Prognose der kindlichen Lungentuberkulose;* von A. Czerny.

Bei Kindern handelt es sich meist um eine Bronchialdrüsentuberkulose. Meist ist sie in der Hilusgegend lokalisiert. Häufig ist auch die Miliartuberkulose, die durch die Röntgenmomentaufnahme festgestellt werden kann. Meist ist die Lungentuberkulose eine geschlossene, der Sputumbefund negativ. Ist ein größeres Infiltrat vorhanden, so empfiehlt sich die Anlegung eines künstlichen Pneumothorax. Die Prognose der Lungentuberkulose ist um so günstiger, je älter das Kind ist. Bleibt sie bis zur Pubertät im latenten Stadium, so ist die Prognose gut. Fränkel (Heidelberg).

216. **Tuberkulindiagnostik der Lungentuberkulose;** von Brösamlen und Kraemer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 20.)

Tritt nach Tuberkulininjektion eine Herdreaktion auf (91,72 %), so ist der vorhandene Herd aktiv tuberkulös und darum behandlungsbedürftig.

Mit Fieber reagierten, auf Dosen von $^1/_{10}$ mg bis 5 mg Alttuberkulin, 308 von 330 Fällen (93,4 %). Daneben sind Allgemeinreaktion und Eosinophilie zu beachten. Da nach Injektion von 10 mg Alttuberkulin Hämoptoë beobachtet wurde, so werden jetzt 5 mg als Höchstdosis verwendet. Fränkel (Heidelberg).

217. **Tuberkulin als diagnostisches Mittel für den Praktiker;** von Lützow. (Der prakt. Arzt 1918. H. 2/3.)

Tuberkulin ist das feinste Reagens für einen vorhandenen Tuberkuloseherd im lebenden Körper. In Betracht kommt die kutane, konjunktivale und subkutane Anwendung. Bei der Kutanreaktion ist der positive Ausfall der Reaktion um so beweisender für das Vorhandensein eines aktiven, tuberkulösen Prozesses, je jünger das Kind ist. Die Morosche perkutane Tuberkulinprobe (Salbenreaktion) ist nicht so zuverlässig, sieht aber harmloser aus. Fränkel (Heidelberg).

218. **Die exakte Diagnose der beginnenden Lungentuberkulose;** von L. Levy-Lenz. (Med. Klin. 1917. Nr. 34. S. 912.)

Neben der Auskultation und Perkussion mindestens dreimalige gewissenhafte Sputumsuntersuchung, genaue Temperaturmessung und Röntgendurchleuchtung, die Anwendung des Tuberkulins sind nach L. die Stützen der exakten Diagnose bei Lungentuberkulose. Cordes (Berlin).

219. **Zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose;** von H. Grau. (Med. Klin. 1917. Nr. 42. S. 1109.)

Für die Frühdiagnose ist von besonderem Wert sorgfältige Aufnahme der Vorgeschichte, der Befund, der durch wiederholte Feststellung gesichert wurde und im Rahmen des Gesamtbildes ohne allzu ängstliche Beachtung örtlicher Einzelergebnisse verwerdet wird. Cordes (Berlin).

220. **Die v. Jagicsche Methode der Lungenspitzenperkussion;** von Haydic. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 3.)

Man führt quer durch die Fossa supraspinata, zwischen erstem und zweitem Brustwirbel, eine Horizontale, trägt auf derselben genau symmetrisch rechts und links 3 Querfinger breit von der Wirbelsäule entfernt eine Markierung auf und verbindet diese mit der Haargrenze. Man perkutiert nun leise auf den beiden nach oben konvergierenden Linien der entstandenen gleichschenkligen Dreiecke und findet unter normalen Verhältnissen in der Höhe des oberen Randes des siebenten Halswirbels einen scharfen Übergang des Lungenschalles in absolute Dämpfung.

Die perkutorisch erhaltenen Befunde stimmten mit dem Röntgenbefund überein. Fränkel (Heidelberg).

221. **Trauma und Lungentuberkulose;** Vier Obergutachten (XVII—XX) von J. Orth. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 3.)

1. Bei einem Säufer mit mehrfach ausgebrochenen alkoholischen Geisteserkrankungen trat 3 Wochen nach einer Fraktur des Schienbeines eine rechtsseitige, akute tuberkulöse Pleuritis auf, die zum Tode führte. Ein Zusammenhang mit dem Unfall kann nicht nachgewiesen werden.

2. Nach Kontusion von Oberschenkel und Unterleib tritt Zuckerharnruhr und Tuberkulose, später Nephritis auf. Es ist anzunehmen, daß durch den Unfall eine vorher gutartige Zuckerkrankheit bösartig wurde und im Anschluß daran auch die Tuberkulose progredient auftrat. Der Tod kann also indirekt durch den Unfall herbeigeführt oder beschleunigt worden sein.

3. Der Unfall führte zu einer Zertrümmerung und Versteifung im Ellenbogengelenk, mehrfach zu Eiterung und Entfernung von Knochensplittern. Nach 11 Jahren trat eine tuberkulöse Kniegelenksentzündung auf. Er starb 3 Jahre später infolge Blutung aus einer tuberkulösen Lungenhöhle. Die Obduktion ergab außerdem alte tuberkulöse Lungenherde, eine tuberkulöse Herzbeutelentzündung und einen Tuberkel im Kleinhirn. Da bei dem Unfall keine tuberkulöse Erkrankung des Ellenbogens vorlag, der Patient auch noch jahrelang tuberkulosefrei war, ist ein Zusammenhang des Todes mit dem Unfall nicht anzunehmen.

4. Der Patient stirbt an chronischem Bronchialkatarrh mit Lungenerweiterung. 10 Jahre vorher erfolgte durch Unfall ein Bruch des linken Oberarmes, ein Wirbelbruch, Quetschung des Rumpfes und einige fragliche Rippenbrüche. Es ist unwahrscheinlich, daß ein Zusammenhang zwischen Tod und Unfall besteht.

Fränkel (Heidelberg).

222. **Leber und Tuberkulose;** von E. Hartung. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 5.)

Die Prüfung auf alimentäre Lävulosurie, Urobilinurie und Urobilinogenurie sind die besten Proben für die Leberfunktion. In 2 Versuchsreihen bei 26 und 33 verschiedenen Tuberkulosekranken ergaben sich keine charakteristischen Störungen und auch kein festlegbarer Einfluß auf Stärke oder Ablauf der Lävuloseausscheidung, Urobilinurie oder Urobilinogenurie bei Verschiedenheiten im Alter, Geschlecht, Sitz, Art und Stadium der tuberkulösen Erkrankungen. Fränkel (Heidelberg).

223. **Zur Differentialdiagnose Lungentuberkulose — Lungentumor;** von Salomon und Engelsmann. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 3.)

Ein zunächst für Lungentuberkulose gehaltener Fall mit initialer Hämoptoë erwies sich im weiteren Verlauf und durch die Obduktion als Bronchialkarzinom.

Die klinischen Symptome und der Röntgenbefund wurden dadurch eindeutig geklärt, der einmalige Befund von Tuberkelbazillen ist wohl auf einen Untersuchungsfehler zurückzuführen.

Fränkel (Heidelberg).

224. **„Offene" und „geschlossene" Tuberkulose;** von v. Hayck. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 3.)

Die Unterscheidung zwischen offener und geschlossener Tuberkulose ist zwar eine willkürliche Trennung, gibt aber eine brauchbare Grundlage für die Bekämpfung der gefährlichsten Infektionsquellen.

Fränkel (Heidelberg).

225. **Beziehungen der Bronchitis mucinosa plastica bzw. essentiellen Bronchitis fibrinosa zur tuberkulösen Lungenphthise;** von C. Hart. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 5.)

Meist ist die Bronchitis fibrinosa eine sekundäre Affektion im Anschluß an eine Lungentuberkulose oder sonstige chronische Lungenerkrankung. Die Ausgüsse sind teils muzinöser, teils fibrinöser Natur. Die Schleimgerinnsel entstehen lediglich durch eine Überproduktion von Schleim. Bilden sie die Grundsubstanz der Ausgüsse, so sollte man von einer Bronchitis mucinosa plastica sprechen, die der Colica mucinosa entsprechen würde. Fibrinöse Gerinnsel können durch kontinuierliche Ausbreitung der fibrinösen Exsudation von den Alveolen auf die kleineren Bronchien bei käsiger Pneumonie oder durch die Bildung fibrinöser Pseudomembranen auf der durch den Tuberkelbazillus geschädigten Bronchialschleimhaut entstehen. In solchen Fällen kann man von einer tuberkulösen Bronchitis fibrinosa sprechen. Meist wirken Überproduktion von Schleim und fibrinöse Exsudation infolge von Epitheldefekten zusammen, so daß beide gemeinsam die Grundsubstanz bilden. Die respiratorische Bronchusbewegung wirkt formgebend auf die Bronchialausgüsse. Große, baumartige Ausgüsse sind selten, kleine sind häufig und werden sicher oft übersehen. Schleimige sind für die Erklärung der physikalischen Symptome, fibrinöse für die Beurteilung der Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses von Wert.

Fränkel (Heidelberg).

226. **Autonome und vegetative Magenstörungen und ihre Beziehungen zu Lungentuberkulose;** von G. Singer. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 19. S. 624.)

Die autonome Form der Magenstörungen bei Lungentuberkulose zeigt einen hypertonischen Charakter und täuscht unter Umständen ein Ulcus ventriculi oder Duodeni vor. Es handelt sich um eine (organische) Erkrankung des Vagus (neuritische Atrophie) im Gefolge von Lungenveränderungen, die nach dem Mediastinum zu gelegen sind. Die zweite vegetative, atonische Form der Magenveränderungen ist mehr oder weniger ein Symptom des asthenischen Habitus des betreffenden Tuberkulösen, also eine konstitutionelle Anomalie.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

227. **Leberschrumpfung mit Aszites und Milzschwellung als Begleiterscheinung der Tuberkulose;** von Gerhartz. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 3.)

Bei Meerschweinchen tritt nur bei leichtester Tuberkulose ein der klinischen Leberzirrhose entsprechendes Krankheitsbild auf. Es handelt sich dabei nur um bindegewebige Wucherung in der Umgebung nekrotischer, tuberkulöser Herde, aber nicht um das anatomische Bild der menschlichen Leberzirrhose oder ein Analogon derselben. Fränkel (Heidelberg).

228. **Beiträge zur Entstehung und zum Verlauf der Lungentuberkulose im Kriege;** von Zadek. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1635.)

Die Beobachtungen ergaben das überraschende Resultat, daß schwerere Tuberkulose bei Lungengesunden häufiger auftrat, als bei schon früher Erkrankten und zwar im Verhältnis von 5,5 : 1 bei den ursprünglich Gesunden, bei den früher Erkrankten wie 2 : 1.

Die Zahlen scheinen außerdem allerdings dafür zu sprechen, daß die Lungentuberkulose im Kriege häufiger ist. Cordes (Berlin).

229. **Gewichtszunahme bei Lungenkranken im 3. Kriegsjahr;** von Havenstein. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 4.)

Trotz der eingeschränkten Rationen, die den Kranken nur geboten werden konnten, wurde bei allen in der Heilstätte Behandelten eine Gewichtszunahme erzielt. Diese betrug bei den Kranken im ersten Stadium in drei Monaten durchschnittlich 6,9 kg, bei denen im zweiten Stadium 5 kg und bei denen im dritten Stadium 5,6 kg. Die Patienten erhielten wöchentlich 250 g mehr als die gesunden Zivilisten, dazu die doppelte Buttermenge und etwa ³/₄ Liter Milch am Tage.

Fränkel (Heidelberg).

230. **Zur primären Muskeltuberkulose;** von B. Zondek. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 27. S. 891.)

Es handelte sich um eine Geschwulstbildung der rechten Wadenmuskulatur bei einem sonst gesunden kräftigen Manne. Die Operation ergab einen abge-

kapselten Abszeß mit käsigem Eiter und Fibrinmassen. Histologisch handelte es sich um Tuberkulose in Form einzelner Epitheloidtuberkel mit Langhansschen Riesenzellen und Verkäsung. Ein primärer Sitz der Tuberkulose (Lungen, Knochen) konnte nicht ermittelt werden.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

231. **Die kutane Tuberkulinbehandlung nach Ponndorf;** von P. Wichmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1320.)

Die Ponndorfsche Methode stellt einen Fortschritt in der Tuberkulinbehandlung dar. Sie benutzt die wertvolle Antikörperproduktion der Haut und läßt die Toxinwirkungen des Tuberkulins in erheblich geringerem Maße in Erscheinung treten. Die Behandlung stellt aber kein allgemeines Heilmittel gegen die Tuberkulose dar. Nur einem geringen Prozentsatz Tuberkulöser dürfte sie Heilung zu bringen imstande sein, einem größeren Besserung, ein großer Teil der Kranken wird aus ihr keinen Nutzen ziehen können.
Koenigsfeld (Freiburg).

232. **Behandlung der Lungentuberkulose mit isolierten Partialantigenen und mit dem Partialantigengemisch M. T. b. R.;** von W. Müller. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 36.)

Durch das Herstellungsverfahren und die Behandlung mit Alkohol und Äther werden die Partialantigene so geschwächt, daß sie gegenüber der Verwendung des M. T. b. R. (Milchsäure-Tuberkelbazillen-Rückstandes) eine erheblich geringere Wirksamkeit zeigen. Die immunisierende Wirkung der Strahlentherapie läßt ihre kombinierte Verwendung mit M. T. b. R.-Injektionen aussichtsreich erscheinen. Fränkel (Heidelberg).

233. **Kann die spezifische Tuberkulosetherapie heute schon für die allgemeine ärztliche Praxis anempfohlen werden?** von H. von Hayek. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1125.)

So einfach die praktische Durchführung der Tuberkulintherapie erscheint, so beruht ihre Grundlage auf den schwierigsten Problemen der Medizin. Vor jeder praktischen Anwendung ist deshalb eine Vertiefung in den Gegenstand für den Arzt geboten. Unrichtige Handhabung kann die Methode diskreditieren. Andererseits darf die spezifische Tuberkulosetherapie kein einseitiges Spezialfach werden, denn nur wenn eine große Anzahl praktischer Ärzte sich mit ihr befaßt, ist durch sie ein für die Allgemeinheit merklicher Fortschritt in unserem Kampfe gegen die Tuberkulose zu erwarten.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

234. **Kalzium in der Therapie der Tuberkulose;** von Mandel. (Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 28. H. 5.)

Das Kalzium kommt für die Therapie der Tuberkulose aus 3 verschiedenen Indikationen in Betracht.
1. Bei tuberkulösem Durchfall per clysma, per os oder intravenös (5%iger Chlorkalziumlösung).
2. Gegen das Schwitzen; die Wirkung dauert nach mehrtägiger Dosierung 1 bis 2 Wochen.
3. Bei Hämoptöe wirkt es nur bei intravenöser Anwendung, per os. Fränkel (Heidelberg).

235. **Zur Behandlung der tuberkulösen Diarrhöen;** von M. Gutstein. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 9. S. 326.)

Kombelen besteht zu gleichen Teilen aus Etelen und Resaldol, zwei bereits als Antidiarrhoica bekannten Mitteln. Es beseitigte, ohne strenge Schonungsdiät, in Dosen von 3 g gereicht, Diarrhöen, die nicht auf tuberkulösen Darmprozessen zu beruhen schienen; bei tuberkulösen Ulzerationen mußten weit größere Dosen angewandt werden — 4,5—6 g. In 10—15% der beobachteten Fälle von Tuberkulose war kein Erfolg zu bemerken; derselbe wurde jedoch durch kombinierte Bolus-Kombelentherapie erzielt. Das Mittel wurde sehr gut vertragen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

236. **Über einige praktische Fragen aus dem Gebiete der Phthisiotherapie;** von A. Bacmeister. (Therap. d. Gegenw. 1917. Nr. 5. S. 161.)

Einzelne Winke für die Diagnostik. Anisokorie durch Sympathicusaffektion bei Spitzenerkrankung. Abschwächung des Klopfschalls über der linken Spitze bei Mitralfehlern. Kontrastfärbung der Tuberkelbazillen mit Pikrinsäurealkohol wird empfohlen. Besonders besprochen wird die medikamentöse Kombinationstherapie des Fiebers, die sich nach B. sehr bewährt hat. Pyramidon mit Aspirin, Pyramidon mit Diplosal, Salizyl mit Chinin usw.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

237. **Zur Behandlung des tuberkulösen Fiebers;** von A. Bacmeister. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1361.)

Vereinigt mehrere Fiebermittel zur Therapie und setzt sich zum Ziel, mit möglichst geringen Mengen möglichst gute Wirkung zu erzielen.
Zur Kombinationstherapie wurden unter anderen Pyramidon 0,05 und Laktophenin 0,25 verwandt.
Cordes (Berlin).

238. **Künstlicher Pneumothorax zur Vermeidung der künstlichen Fehlgeburt bei Lungentuberkulose;** von W. Unverricht. (D. med. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1566.)

U. beschreibt 2 Fälle von ausgedehnten Lungenerkrankungen bei Schwangeren. In beiden Fällen ließ sich der *künstliche Abort* dadurch *umgehen*, daß ein *Pneumothorax* angelegt wurde. Die guten Nachwirkungen der Operation blieben auch nach den rechtzeitig eingetretenen Entbindungen bestehen. Die kindlichen Leben blieben erhalten. Kadner (Dresden-Loschwitz).

239. **Zur Frage der Dienstbeschädigung bei Lungentuberkulose;** von W. Scholz. (Med. Klin. 1917. Nr. 38. S. 38.)

Vor allem ist festzustellen, ob die Lungentuberkulose schon vor dem Kriege bestanden hat oder sich nur während desselben verschlimmert hat. Der Krieg übt selbstverständlich auf die Tuberkulose einen schlechten Einfluß aus, aber der Gutachter muß strikte darauf achten, die Konten nicht zu hoch zu gestalten.
Für die Beurteilung der Fälle hat sich das Klassifizierungsschema Fraenkel-Albrecht und Gerhard-Turban gut bewährt. Cordes (Berlin).

VI. Kinderheilkunde.

240. **Diagnostische und therapeutische Erwägungen bei blassen Zuständen im Kindesalter;** von E. Müller. (Med. Klin. 1918. Nr. 13. S. 353.)

M. bespricht die sogenannten Scheinanämien der Kinder, die er in 3 Gruppen einteilt, Zustände bei neuropathischen Kindern, bei solchen mit abnormer Blutverteilung, dann lokal durch die Dicke der Haut bedingten Anämien.

Am Schlusse widmet er der Behandlung seine Aufmerksamkeit.

Bei infektiösen Anämien spielt die Ernährung keine Rolle, wohl aber bei alimentären eine starke Beschränkung der Milchzufuhr. Er wünscht eine Berücksichtigung der Kinder vom 7.—14. Lebensjahr, wenn auch nur mit $^1/_2$ l pro Tag, da die Milchmenge bei jüngeren Kindern durchaus herabgesetzt werden könnte.

Cordes (Berlin).

241. **Die Ernährung der Säuglinge während der Kriegszeit;** von J. Ketler. (D. med. Woch. 1911. Nr. 44. S. 1392.)

K. betont als notwendigste Voraussetzung die Sicherstellung des Nahrungsbedarfs der Säuglinge und zwar auf Grund der Zahl der im Vorjahr Lebendgeborenen. In den Städten muß die Milch für die Mindestansprüche der Säuglinge beschlagnahmt, die Produktion gesteigert werden. Besonders ist es auch Sache der Behörde, die stillfähigen Mütter ihrer Pflicht zuzuführen.

Cordes (Berlin).

242. **De serumtherapie der zoogenaande alimentaire intoxicatie;** von B. P. B. Plantenga. (Geneesk. Bladen Bd. 19. Nr. 10. S. 347.)

Bei der alimentären Intoxikation der Säuglinge spielt die Nahrung nicht eine direkte (Finkelstein), sondern nur eine indirekte Rolle, während Toxine von Darmbakterien als Zwischenglied fungieren. Diese Bakterien gehören zur Koli-Gruppe. P. kommt zu diesen Auffassungen hauptsächlich auf Grund analoger Befunde bei tierpathologischen Untersuchungen von Poels an *jungen* Kälbern (Kolibazillose der Kälber). Auch die guten Erfolge, die P. an kranken Säuglingen mit der passiven Immunisierung durch Injektionen eines polyvalenten Koliserums, von Pferden gewonnen, erreichte, sprechen für die Richtigkeit seiner Ansicht. Es wurden über 300 Säuglinge behandelt; von 17 nicht komplizierten Fällen sind die ausführlichen Krankengeschichten, mit Kurven, beigefügt. Es werden 20—30 ccm subkutan injiziert. Nicht das Serum als solches wirkt. Als Serumreaktion tritt meist am 11. Tage ein rasch vorübergehendes Ödem, ödematöse Schwellung des Unterhautzellgewebes und Diarrhöe auf. Schaden wurde übrigens von der Behandlung niemals gesehen.

Lamers (Herzogenbusch).

243. **Prognose der offenen Kindertuberkulose;** von G. Simon. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 4.)

Die Prognose der schweren, insbesondere die der offenen Tuberkulose bei Kindern ist schlecht. Von 83 Kindern mit positivem Sputumbefund im direkten Ausstrich waren nach 2 Jahren 56 tot, 5 klinisch geheilt, 9 wieder arbeitsfähig. Eine Heilstättenkur, wie sie neuerdings von L. V. A. den Kindern zur Herstellung ihrer Arbeitsfähigkeit geboten wird, erscheint trotz der 71,8 % Mortalität in Hinsicht auf die wiederhergestellte Arbeitsfähigkeit bei 17,9 % nicht von der Hand zu weisen, besonders wenn die erste Kur so lange als möglich ausgedehnt wird und bei der Auswahl die Ausbreitung und Form der Erkrankung, Temperatur und Puls, Alter, Geschlecht, Konstitution und Komplikationen eingehend berücksichtigt werden. Unter Umständen ist die Kur bei günstigem Verlauf zu wiederholen. Auch für die übrigen, dem Tode verfallenen, müßte in irgendeiner Weise gesorgt werden, zumal nach der Mitteilung der Schulärzte die offene Kindertuberkulose in der Zunahme begriffen ist.

Fränkel (Heidelberg).

244. **Über Tuberkulose;** von E. Schloß. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1156; Nr. 49. S. 1199.)

Beobachtungen von den Säuglingsstationen des großen Friedrich-Waisenhauses in Berlin.

Sch. berichtet zunächst über die Epidemiologie und betont, daß infolge geringer und kurz dauernder Reaktionen die Tuberkulose beim Säugling mangels genauerer Prüfung übersehen wird. Die Frage der Disposition ist für das frühe Kindesalter zum großen Teil eine Frage der Konstitution. Diese und die Exposition sind die entscheidenden Faktoren für die Tuberkulose im Säuglingsalter. Das Hauptgewicht der Therapie liegt auf der Ernährung.

Cordes (Berlin).

245. **Über den Einfluß der Kriegskost auf die Häufung bestimmter Krankheitszustände im Kindesalter, speziell auf die Oxyuriasis;** von F. Weise. (Med. Klin. 1918. Nr. 17. S. 476.)

Steigerung verschiedener Hautkrankheiten, Furunkulose usw., Zunahme von Soor, ganz besonders aber der Oxyuriasis, wurden von W. bemerkt. Er gibt der Kriegskost die Schuld und bespricht besonders die Therapie der Oxyuriasis.

Cordes (Berlin).

246. **Zur Therapie der rezidivierenden Bronchitis im Kindesalter;** von K. Ochsenius. (D. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 811.)

O. empfiehlt die *Durstkur* bei Bronchitiden im Kindesalter, besonders wenn es sich um Zustände mit reichlicher Sekretion handelt, als sicher wirkendes Hilfsmittel.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

247. **Über das Vorkommen der Vagotonie im Kindesalter;** von E. Schiff. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1917. Bd. 14. Nr. 4. S. 245.)

Die Vagotonie tritt auch im Kindesalter als selbständiges Krankheitsbild auf. Recht häufig trifft man auch Kinder, welche über Magenschmerzen ohne unscheinbare Ursache klagen und eine Reihe von vagotonischen Symptomen darbieten. Recht häufig findet man bei der Palpation des Leibes starke Pulsation der Aorta. Sch. teilt die Krankengeschichten von 7 genau untersuchten Kindern mit, bei denen besonders noch das Bestehen einer Hyperazidität, alimentärer und Adrenalinglykosurie geachtet und das Blut untersucht wurde, ohne daß sich dabei viel Charakteristisches ergab. Heilung erfolgte durch Atropin in großen Dosen.

Brückner (Dresden).

248. **Een geval van omphalorrhagia neonatorum;** door N. J. A. F. Boerma. (Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. 1917. Bd. 6. Nr. 9. S. 553.)

Kasuistisch. Normal geborener Säugling aus ganz gesunden Eltern, zweites Kind. Nabelschnurrest am 7. Tage abgefallen. . Nabel zeigte nichts Besonderes. Am 12. Tage Blutung aus der granulierenden Wundfläche in der Nabelfalte, an der der Knabe trotz Druck, Eisenchloridlösung und Verband sechs Stunden später in äußerster Anämie starb. Er hatte außer einer kleinen Sugillation am Halse absolut nichts Auffallendes gezeigt und war bei ausschließlicher Brustnahrung gut gewachsen. Von Hämophilie ist in der beiderseitigen Verwandtschaft nichts nachzuweisen. Ursache blieb B. unbekannt.

Lamers (Herzogenbusch).

249. **Diphtherie als Ursache von Vaginalblutungen im Kindesalter;** von A. Hirsch. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1917. Bd. 14. Nr. 4. S. 227.)

1. 8jähriges Mädchen, seit $3^1/_2$ Jahren Scheidenentzündung, die sich nach Behandlung bessert, aber all-

jährlich wiederkehrt. Mehrere Tage anhaltende Vaginalblutung, die als Menstruation gedeutet wurde. Im Sekret Diphtheriebazillen. Heilserum. Heilung. (Schwester an „Halsentzündung“ gestorben.)

2. 8jähriges Mädchen mit schwerer maligner Diphtherie. Starke Vaginalblutungen. Diphtherie des Vaginaleinganges. Diphtheriebazillenbefund positiv. Exitus.

Brückner (Dresden).

250. **Über Schutzimpfung gegen Varizellen;** von H. Lapidus. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1917. Bd. 14. Nr. 4. S. 237.)

L. hat nach dem Vorgang von Kling eine Reihe von Schutzimpfungen gegen Varizellen in der Kinderklinik zu Lund gelegentlich einer Hausepidemie ausgeführt. Die bisherigen Ergebnisse waren zum Teil widersprechende. Die Versuche von L., welche an größeren Kindern angestellt wurden, sprechen dafür, daß es durch Inokulation von Bläscheninhalt gelingt, Kinder vor der Erkrankung zu schützen oder die Erkrankung stark abzuschwächen. Zu beachten ist, daß man von ganz frischen Bläschen mit wasserklarem Inhalt abimpft. L. macht bei der Impfung zwei Kreuzschnitte.

Brückner (Dresden).

251. **Afwijkingen in den normalen besmettingsgang bij mazelen;** door G. J. Huët. (Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. 1917. Bd. 6. Nr. 8. S. 469.)

Im Anschluß an zahlreiche selbst beobachtete Fälle bei Gelegenheit einer Masernepidemie im Haag hat H. ein eingehendes Literaturstudium angestellt über die Entwicklungsdauer, i. e. die Inkubationszeit der Masern. Die als gesetzmäßig angenommenen 14 Tage müssen fallen gelassen werden. Auch über den Augenblick der ersten Infektiosität dieser Krankheit besteht noch keine Sicherheit. Ob ein Zusammenhang zwischen diesen soeben berührten Punkten und der Virulenz des infektiösen Keimes besteht, ist noch ebenso ungewiß. H. will nur die Richtung angeben, in der weitere Forschungen auf diesem Gebiete zu leiten sind.

Lamers (Herzogenbusch).

252. **Über einige therapeutische Versuche und Erfahrungen bei Pertussis;** von R. Fischl. (Med. Klin. 1918. Nr. 25. S. 673.)

Berichtet über Behandlung und Diagnosestellung bei Keuchhusten. Unter anderem wurde mit gutem Erfolge die Serumbehandlung nach Dibli angewandt. Zur Diagnosestellung wurden Leukozytenzählungen verwandt.

Cordes (Berlin).

253. **Über eine neue Behandlungsmethode des Keuchhustens;** von R. Kraus. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 16. S. 486.)

Keuchhusensputum möglichst der ersten Tage der Erkrankung wird, nachdem das Vorhandensein von Tuberkelbazillen durch genaue Untersuchung ausgeschlossen ist, mit Äther mehrere Tage im Schüsselapparat geschüttelt. Darauf Prüfung auf Sterilität durch aërobe und anërobe Züchtung, sowie durch Tierversuche. Es werden 2 ccm alle 3—4 Tage injiziert. Die Resultate mehrerer Kliniker in Argentinien lauten günstig. Da auch mit Filtraten die gleichen günstigen Erfolge erzielt wurden, so nimmt man an, daß Eiweißkörper und nicht Bakterien die Ursache der Wirksamkeit sind.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

254. **Rekonvaleszentenserum bei Keuchhusten;** von J. L. A. Peutz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 529.)

P. erzielte in drei Fällen von Keuchhusten günstige Erfolge durch intramuskuläre Injektionen kleiner Mengen (2—3 ccm) Rekonvaleszentenserum. Die Erkrankungen kamen abortiv zum Stillstand. Die Tatsache, daß das Überstehen von Pertussis Immunität verleiht, gibt dem nachzuprüfenden therapeutischen Vorschlag eine gewisse theoretische Stütze.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

VII. Nervenheilkunde.

255. **Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen;** von H. Oppenheim. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 49. S. 1169.)

Verteidigung seines Standpunktes gegenüber dem Buch von Nägeli „Unfalls- und Begehrungsneurosen“ und Hinweis auf eine demnächst erscheinende größere Veröffentlichung und Darlegung seiner Ansichten und Auseinandersetzung mit den Gegnern.

Jolly (Halle).

256. **Der künstliche Abort bei Neurosen und Psychosen;** von T. Cohn. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1189.)

Nach C. besteht eine rechtliche Härte, deren Milderung im Interesse zahlreicher hilfsbedürftiger Frauen notwendig und eine Rechtsunsicherheit, deren Beseitigung im Interesse der Ärzte dringend zu wünschen sei. Dem subjektiven Moment der ärztlichen Beurteilung des Individualfalles sollte in einer zukünftigen Gesetzgebung ein größerer Spielraum eingeräumt werden und zwar unter Sicherung durch ein Konsiliumsprotokoll unter Hinzuziehung eines anerkannten Fachmannes oder dergleichen.

Jolly (Halle).

257. **Über die Regeneration des entarteten Nerven;** von L. Edinger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 25. S. 769.)

Der neue Nerv entsteht dadurch, daß Fasern aus der zentralen Zelle auswachsen und sich durch die Elemente des peripherischen Stumpfes verlängern. Nur die zentralen Fasern, welche den peripherischen Stumpf erreichen, haben die Möglichkeit auszuwachsen, so lange ihnen dieser Fortpflanzungsmaterial bietet, die anderen gehen zugrunde oder bleiben als Neurom liegen.

Jolly (Halle).

258. **Die Indikationen von seiten des kindlichen Nervensystems zur operativen Entfernung der Rachenmandeln;** von J. Zappert. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 46. 47.)

Zur Adenotomie dürfen Krankheiten des Nervensystems nur die nicht häufigen Fälle von echter Aprosexie (Unvermögen, seine Gedanken bei sonstiger intellektueller Gesundheit zu konzentrieren, unter Ausschluß neurasthenischer Zerstreutheit und Folgen von Schwerhörigkeit) und von lästigem nicht anders zu beseitigendem Kopfschmerz Anlaß geben. Bei Enuresis, Pavor nocturnus, habituellem Erbrechen, Asthma beruhen die berichteten Erfolge auf psychischer Einwirkung, bei Epilepsie ist die Operation unberechtigt, ebenso bei Intelligenzschwäche, zerebraler Kinderlähmung, Stimmritzenkrampf, Stottern, Veitstanz.

Jolly (Halle).

259. **Über die Schicksale der Nervenverletzten, besonders der Nervenoperierten;** von A. Staffel. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 47. S. 1515.)

Unter 146 mit Ausnahme eines Falles in den Jahren 1914 und 1915 verletzten Fällen, welche gelegentlich des Invalidenprüfungsgeschäfts untersucht werden konnten, fanden sich 41 psychogene Lähmungen und Störungen, 28 nicht operierte und nicht regenerierte Nervenverletzungen, 16 Nervenverletzungen mit spontaner Regeneration, 28 ohne und 33 mit Erfolg operierte Nervenverletzungen. 54% der Operationen ergaben also Erfolg, und zwar unter den Nähten 57,1%, unter den Neurolysen 69,2%. Bei den einzelnen Nerven zeigte sich Erfolg der Operation: Radialis unter 28 in 19, Medianus unter 9 in 5, Ulnaris unter 8 in 3, Peroneus unter 8 in 1, Ischiadikus unter 7 in 4, Muskulocutaneus unter 1 in 1 Fall. Jolly (Halle).

260. **Über Liquoruntersuchungen und Liquorbehandlungen bei Syphilitischen;** von Werther. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 57. H. 1 u. 2. S. 61. 1917.)

W. berichtet u. a. über 15 Fälle mit 59 Behandlungen nach Swift und Ellis und 12 Fälle mit 51 Behandlungen nach Gennerich; er ist von der Berechtigung und Unschädlichkeit der Methode überzeugt; ihr Hauptgebiet sei nicht Tabes und Paralyse, sondern die Frühsyphilis der Meningen. Jolly (Halle).

261. **Die Suggestion und ihre Verwendung als Heilfaktor;** von P. Buttersack. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 47. S. 503.)

W. gibt eine Übersicht über die Geschichte der Hypnose und die Anwendung der verschiedenen suggestiven Behandlungsmethoden, wobei er auch besonders die so günstigen Kriegserfahrungen betont. Jolly (Halle).

262. **Über die Beeinflussung der Herztätigkeit in der Hypnose;** von Ch. Bäumler. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1385; Nr. 44. S. 1426.)

Eingehende Krankengeschichte einer jugendlichen Patientin, bei der während der Hypnose eine deutliche Pulsbeschleunigung beobachtet wurde, die sofort nach dem Erwachen zurücktrat. Vorhergehende genaue Prüfung der Herztätigkeit und der Kreislauforgane muß als Grundlage der während der Hypnose gemachten Beobachtungen dienen. Cordes (Berlin).

263. **Zur Frage der „Begehrungsvorstellungen" und ihrer Bedeutung für die Entstehung der Hysterie;** von G. Voss. (Med. Klin. 1917. Nr. 32. S. 862.)

Im Anschluß an ein Gutachten, in welchem Dienstbeschädigung abgelehnt war, erörtert V. die Frage der Entstehung der hysterischen Erscheinungen; es solle nicht geleugnet werden, daß Begehrungsvorstellungen bestehen und auf die ideogene Ausgestaltung der Hysterie einwirken; für die Entstehung der hysterischen Erscheinungen sei aber der Affekt maßgebend. Jolly (Halle).

264. **Die Sejunktionshysterie der Kriegsteilnehmer;** von O. Kohnstamm. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 47. S. 1134.)

Als Formen der Hysterie unterscheidet K. die Hysterie des defekten Gesundheitsgewissens, die Schizothymie und die Sejunktionshysterie. Bei letzterer sei ein bestimmter Innervationskomplex weitgehendst aus der Gesamtheit der Innervationen gelöst. Jolly (Halle).

265. **Ammonshorn und Epilepsie;** von Edinger. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 2021.)

E. wirft die Frage auf, ob sich die bei gemeiner Epilepsie häufig gefundene Sklerose der Ammonshörner nicht in Beziehung bringen lasse zu der Tatsache, daß intra partum öfter Risse in die Tentorien zustande kommen. Wenn ein Kind dabei überlebe, habe man an der Basis des Gehirns, genau in der Gegend der Ammonshörner, eine Läsion, deren Folge nichts anderes sein könne als jene bekannte Sklerose, und es werde ein Kind heranwachsen, das mit einer Hirnnarbe durchaus disponiert sei, später Epileptiker zu werden. Jolly (Halle).

266. **Die Hypnose als differentialdiagnostisches Hilfsmittel zwischen Hysterie und Epilepsie;** von W. Neutra. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1198.)

Wird der Patient eingeschläfert und erhält den Befehl, seinen Anfall zu bekommen, so produziert der Hysterische den Anfall mit allen Details. Der Epileptiker dagegen — auch wenn er sonst alle Befehle prompt ausführt — bleibt diesem Befehl gegenüber vollständig ruhig. Jolly (Halle).

267. **L'amnésie paludienne;** par H. de Brun. (Presse méd. 1917. Nr. 61. S. 625.)

Fast ein Drittel der von B. im Osten beobachteten Malariakranken zeigten Gedächtnisstörungen. Diese können zweierlei Art sein: 1) ein Ausfall der Erinnerung für den Fieberanfall, oder einige Wochen oder selbst Monate nachher; 2) eine retrograde und anterograde Amnesie. Erstere Form kann ihre Ursache haben in Hirnstörungen während des Anfalles; man findet sie jedoch auch bei Kranken, die während des Fieberanfalles vollkommen klar waren. Die Patienten behalten manchmal Amnesie für jeden Anfall. Nach kurzer oder längerer Zeit verschwindet die Erscheinung plötzlich oder allmählich. Nicht selten zeigt es sich, daß gleichzeitig die zweite Form besteht, die jedoch auch gesondert auftreten kann. Die retrograde Amnesie kann sich bis in die Jugend des Kranken erstrecken, bis ins bürgerliche und militäre Leben; Schul- und Berufskenntnisse fehlen ihm. Der Kranke wird um so mehr sozial unbrauchbar, weil auch sein Gedächtnis für was nach dem Fieberanfall geschieht, gelitten hat (anterograde Amnesie). Letzteres äußert sich in übermäßigem Mangel an Aufmerksamkeit, in Vergeßlichkeit und Zerstreutheit. Über die Resultate der Behandlung dieser Zustände durch Wiedererziehung des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit fehlen B. die Erfahrungen. Lamers (Herzogenbusch).

268. **Ein in der Schwangerschaft exazerbierender, durch operative Entfernung einer Zyste der motorischen Rindenregion wesentlich gebesserter Fall von Rindenepilepsie;** von A. Westphal. (D. med. Woch. 1917. Nr. 32. S. 996.)

Es handelte sich offenbar um Folgeerscheinungen eines Kopftraumas in der Kindheit, bei dem die Schwangerschaften vielleicht in Verbindung mit infektiösen Prozessen als auslösende Momente wirkten. Die vor der Operation ausgesprochene Störung der Berührungs-, Tast- und Lageempfindung schwand nach Entfernung der Zyste der vorderen Zentralwindung, während eine Wernikesche Tastlähmung zurückblieb. Es traten athetotische Bewegungen auf, was darauf hinweist, daß dieselben auch als Ausdruck eines Reizzustandes von der Gehirnrinde aus zur Entstehung kommen können. Jolly (Halle).

269. **Zur operativen Behandlung der Epilepsie;** von O. Kalb. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 144.)

In einem Falle von progredienter Epilepsie, die sich im Anschluß an eine zerebrale Kinderlähmung entwickelte, machte K. bei der Trepanation nicht die sonst übliche Exzision der *ganzen* erkrankten motorischen Region, sondern mehrere kleine inselförmige Exzisionen aus dem erkrankten Gebiete; es wurde so die meist eintretente völlige Lähmung der betr. Seite vermieden und doch die Krämpfe zum Schwinden gebracht.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

270. **Zur Behandlung der Meningitis im allgemeinen und der Meningitis contagiosa (epidemischen Genickstarre) im besonderen**; von H. Schottmüller. (Ther. d. Gegenw. 1917. H. 11. S. 377.)

Die Behandlung besteht in frühzeitiger, täglich ausgeführter Lumbalpunktion mit folgender Serum-Einspritzung, großen Dosen von Urotropin, ausgiebiger Ernährung. Jolly (Halle).

271. **Zur Therapie der Genickstarre**; von J. Kudrnáč. (Ther. d. Gegenw. 1917. H. 6. S. 209.)

Bei einem Fall von Genickstarre wurde zweimal ½ ccm 1prozentige Milchsäurelösung in die Vena mediana cubiti eingespritzt; et trat Heilung ein.
Jolly (Halle).

272. **Encephalitis lethargica**; von C. v. Economo. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 19. S. 581.)

E. konnte eine Reihe von Fällen beobachten, bei denen es sich um eine Encephalitis leicht epidemischen Auftretens mit dem eigenartigen Symptom der Schlummersucht, oft mit lebhaften Delirien gepaart, handelte; bei den leichteren Fällen traten gegenüber der deliriösen Somnolenz mehr Lähmungserscheinungen in den Vordergrund. Histologisch fand sich das Bild einer Polioencephalitis cerebri, pontis et medullae oblongatae mit geringer Poliomyelitis, perivaskulären, entzündlichen und diffus infiltrativen, aber hämorrhagischen und nur schwach ausgeprägten neurophagen Charakters. Es handelt sich vermutlich um eine spezifische Erkrankung, die durch ein besonderes Virus hervorgerufen wird, das eine spezifische Affinität zum zentralen Nervgewebe hat, ähnlich, doch nicht identisch dem Virus der Poliomyelitis. Jolly (Halle).

273. **Ätiologie der Encephalitis lethargica**; von R. O. Wiesner. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 30. S. 933.)

Durch Überimpfungsversuche von Material des Gehirns und verlängerten Marks auf Affen gelang es W., bei der von v. Economos zuerst beschriebenen Encephalitis lethargica einen Diplostreptokokken zu isolieren, durch den experimentell das gleiche Krankheitsbild hervorgerufen werden konnte. Die mit dem Diplostreptokokken erzeugten Krankheitsfälle zeigten außerdem Neigung zu hämorrhagischer Diathese.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

274. **Zur Kenntnis der Pseudosklerose und der Wilsonschen Krankheit**; von S. v. Dziembowski. (D. Zeitschr. f. Nervenkeilk. Bd. 57. H. 6. S. 295. 1917.)

Das familiäre, durch Pigmentierung am Hornhautrand, Leberschrumpfung, psychische und nervöse Symptome charakterisierte Krankheitsbild ist nach D. ein einheitliches. Eine Unterscheidung von Pseudosklerose und Paralysis agitans juvenilis erscheine nicht am Platze. Das Hauptmerkmal, der amyostatische Symptomenkomplex, äußere sich entweder durch abnorme Rigidität der Muskeln oder in Wackelbewegungen derselben. Bei ein und demselben Patienten können beide Modifikationen auftreten, bei den Familienmitgliedern bald die eine, bald die andere mehr ausgesprochen sein.
Jolly (Halle).

275. **Einige Bemerkungen über die multiple Sklerose nach eigenen Erfahrungen**; von H. Schlesinger. (Therap. d. Gegenw. 1917. Nr. 6. S. 201.)

Sch. weist besonders auf das ständige Kommen und Vergehen von Symptomen hin und auf das häufige Schicksal der Kranken mit multipler Sklerose, daß ihr Leiden lange Zeit für Hysterie gehalten wird. Therapeutisch leitet er regelmäßig eine Arsenkur ein, am liebsten in Form von Kakodylinjektionen, gibt daneben in der Regel innerlich Eisen. Jolly (Halle).

276. **Zur Ätiologie und Therapie der Raynaudschen Krankheit**; von F. Pich. (Med. Klin. 1917. Nr. 35. S. 940.)

Die Grundlage ist eine konstitutionelle Minderwertigkeit des Herzens und der Gefäße. Zur Therapie läßt sich das Luftdruckdifferenzverfahren verwerten.

Der Kriegsdienst wird in den meisten Fällen nur in Form von Arbeitsdienst, Aufsicht, möglich sein.
Cordes (Berlin).

277. **Jets over cerebrale spieratrophie**; door J. K. A. Wertheim Salomonson. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 20. S. 1811.)

Ausführliche Krankengeschichte einer 66jährigen diabetischen Patientin, die infolge eines enzephalomalazischen Herdes, ohne Bewußtseinsstörung, in einigen kurz nacheinandor kommenden Anfällen, halbseitig gelähmt wurde. Es entwickelte sich bei ihr sehr bald eine mit ausgedehnter Enartungsreaktion verbundene außerordentlich starke Muskelatrophie. In den ersten Tagen wurde sogar an eine akute Plexus-Neuritis gedacht. S. geht dann näher auf die Pathogenese dieses Falles ein und glaubt die Muskelatrophie erklären zu können durch die Annahme, daß infolge der Funktionsbeschränkung die Ernährung der Nervenzellen herabgesetzt wird und unter diesen Umständen der Diabetes die unmittelbare Mitursache ist, daß der Ernährungszustand solchermaßen ungenügend wird, daß Entartung auftritt. Lamers (Herzogenbusch).

278. **Die Hemmungstendenz der Armbewegungen als Symptom bei hysterischem und simuliertem Hinken**; von W. Neutra. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1293.)

Nach den Erfahrungen N.s kann aus der verminderten Bewegung oder vollständigen Ruhestellung des gleichseitigen Arms beim Gehen mit fast absoluter Sicherheit geschlossen werden, daß das Hinken keine organische Ursache hat, sondern hysterisch oder simuliert ist. [Hysteriker zeigen häufig übertriebene Bewegungen beider Arme beim Hinken. Ref.]
Jolly (Halle).

279. **Schwere Polyneuritis rheumatica der Plexus brachiales bei einem Kriegsteilnehmer**; von J. Donath. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1291.)

Nach Angina waren wandernde Gelenkentzündungen mit hohem Fieber aufgetreten, hierauf völlige schlaffe Lähmung der oberen Extremitäten mit Erlöschen der Reflexe und Entartungsreaktion, Atrophie.
Jolly (Halle).

280. **La stupeur des nerfs periphériques traumatique et les troubles sensitivo-moteurs et électriques consécutifs;** de P. Desconts. (Presse méd. 1917. Nr. 55. S. 272).

Unmittelbar nach Verletzungen, bei denen ein bestimmter Nerv nicht getroffen wurde, sieht man diesen (meist den nerv. radialis oder ischiadicus) oft in einen schockartigen Zustand gelangen, der einem organischen Trauma ähnelt. Die Ursache ist wahrscheinlich zum größten Teil Überanstrengung und herabgesetzter Widerstandskraft des Organismus zuzuschreiben. Der Patient fühlt nach der Verletzung Steifheit und müde Schmerzen im Glied, die Muskeln werden paretisch, leicht hypotonisch, ihre mechanische Reizbarkeit ist ein wenig erhöht, die Schmerzen oft brennend, oft mehr Spannungsgefühl, verschlimmern sich oft des Nachts, die Haut ist meist hyperästhetisch, die Reflexe sind abgeschwächt, nicht aufgehoben, die Temperatur des betreffenden Gliedes ist eher erhöht wie erniedrigt. Man findet keine vasomotorischen Störungen, wohl oft vermehrte Schweißabsonderung. Es besteht partielle Entartungsreaktion, die Parese beschränkt sich oft auf einzelne vom Nerv versorgten Muskeln. Durch eine frühzeitig eingeleitete, zweckmäßige Behandlung (Galvanisation, leichte Massage, Lichtbäder), die in 4 bis 6 Wochen Heilung bringt, gelingt es, trophischen Störungen, Muskelreaktionen und Mißbildungen zuvorzukommen.

Lamers (Herzogenbusch).

281. **Familiär auftretendes Malum perforans der Füße (familiäre lumbale Syringomyelie?);** von F. Schultze. (D. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 545.)

Bei 3 Geschwistern derselben Familie fand sich ein progressives Malum perforans an den Füßen und zwar ohne Diabetes, Arteriosklerose, Tabes oder Lepra. In dem einen Fall bestand eine chronische Chorea.

Jolly (Halle.)

VIII. Augenheilkunde.

282. **Über die Augensymptome bei der Weilschen Krankheit;** von E. Hertel. (Arch. f. Ophthalm. Bd 94. H. 1. S. 28. 1917.)

Die beim Menschen beobachteten Augensymptome der Weilschen Krankheit konnten experimentell durch intrakulare Impfungen der Uhlenhut-Frommeschen Spirochäten bei Tieren, speziell bei Kaninchen und Meerschweinchen erzeugt werden. Die Blutungen und Entzündungen waren, wie sich aus der Regelmäßigkeit des Auftretens nach der Impfung und der graduellen Steigerung durch die intrakulare Impfung ergab, als unmittelbare Folgen der Spirochäteninvasion anzusprechen (Gefäßstörung entweder durch Toxine oder die Erreger selbst). Wichtig ist ferner der Nachweis, daß das Sekret bei der nicht selten auftretenden Konjunktivitis der Weilschen Krankheit Spirochäten enthalten kann, sodaß mit der Übertragungsmöglichkeit durch das Augensekret gerechnet werden muß. Köllner (Würzburg).

283. **Nichtberufliches Augenzittern;** von J. Ohm. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 93. H. 4. S. 412; Bd. 94. H. 2. S. 164. 1917.)

Aus dem umfangreichen Material mit zahlreichen aufgenommenen Nystagmogrammen geht hervor, daß das berufliche Augenzittern der Bergleute, über welches O. in einer Reihe von Arbeiten überaus ausführlich in letzter Zeit berichtet hat, im Rahmen des Nystagmus überhaupt keine Sonderstellung innehat. Es unterscheidet sich von dem angeborenen Augenzittern zunächst durch eine viel größere Mannigfaltigkeit der Schwingungsrichtung, doch würde sich in vielen Fällen allein aus den Kurvenbildern keine sichere Entscheidung treffen lassen, ob angeborener oder erworbener Nystagmus vorliegt. Eigentümlich ist die sowohl beim Nystagmus der Bergleute, wie beim angeborenen vorhandene Erscheinung, daß im Hellen Beschleunigung, im Dunkeln Verlangsamung des Zitterns eintritt. Beim nichtberuflichen Augenzittern offenbart sich in der langsamen Phase des Nystagmus und in beiden Phasen des Pendelnystagmus ein so spezifischer Erregungsvorgang, daß er wohl auf die gleiche Erregung, nämlich die der Vestibulariskerne zurückzuführen ist, der dann eine hemmende Innervation am Großhirn entgegenwirkt. O. bespricht diese seine Nystagmustheorie im einzelnen ausführlich und geht auf alle Sonderformen unter diesem Gesichtswinkel ein. Die Arbeit bietet viel Lesenswertes.

Köllner (Würzburg).

284. **Muskelplastik bei Ptosis;** von J. F. S. Esser. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 39. S. 881.)

Bei einem Kranken mit rechtseitiger Ptosis ist E. so vorgegangen, daß er dem in situ bleibenden Musc. frontalis einige kräftige Bündel entnahm, die unten gestielt blieben und dann durch Seidenknopfnähte in direkte Verbindung mit dem Lidrande gebracht wurden. Das Resultat ist sehr befriedigend.

Wagner (Leipzig).

285. **Über Blepharadenitis;** von M. Mohr. (Wien. klin. Rundschau 1917. Nr. 17/18. S. 103.)

Bei Blepharadenitis muß eine genaue Unterscheidung frischer reiner Seborrhoea oleosa, d. h. einer abnormen Ausscheidung der Talgdrüsen und besonders der Schweißdrüsen getroffen werden und der Seborrhoea sicca, einem entzündlichen Prozeß der Talgdrüsen mit Anomalie der Epithelschicht, der von Unna als erstes Stadium des Eczema seborrhoicum beschrieben worden ist. — Bei der Behandlung müssen Refraktionsanomalien genau korrigiert werden, Nasenleiden und Tränennasengangverengerungen beseitigt werden. Vor Nachtwachen und verdorbener Luft muß gewarnt werden. Die notwendige Regelung des Stuhlgangs bewirkt man am besten durch Hefepräparate. Auf Diabetes muß geachtet werden. — An den Lidrändern müssen Eiterpunkte eröffnet, Wimpern entfernt werden und die Geschwüre mit dem Höllensteinstift geätzt werden. Wird gelbe Augensalbe vertragen, was bei zarter, blonder Haut oft nicht der Fall ist, so nützt Massage mit ihr. Gleichzeitig muß bei Seborrhoea capilliti eine Salbe von Sulfur pp. 3,0, Balsamum peruvian. 0,1, Vaselin 30,0 angewandt werden. Dagegen bei Seborrhoea oleosa wasche man den Kopf mit Spiritus, dem man 1 Tropfen Rizinusöl auf 100 g Spiritus zusetzt. Als Augenlidsalben empfiehlt M. Sulfur. pp. oder Sulfidal 1,0, Cinnabaris 0,2, Vaselini 20,0. Schoeler (Berlin).

286. **Abortive Bakteriotherapie akuter Ophthalmoblennorrhöen;** von P. v. Szily und A. Sternberg. Vorläufige Mitteilung. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 131.)

Die Erfolge mit intravenöser Applikation heterogener Vakzine bewogen zu den vorliegenden Versuchen. Sofort nach bakteriologischer Feststellung der Augenblennorhöe werden den Patienten 1 ccm von 500 Millionen etwas karbolisierter, lebender, frischgezüchteter Typhusbazillen (Vakzine) subkutan injiziert. Unmittelbar nach der Injektion ist eine reaktive Hyperämie des entzündeten Auges zu konstatieren. Einige Stunden nach dem Eingriff ist das Augenlid schon abgeschwollen, der Schmerz hat gänzlich nachgelassen, binnen 10 bis 48 Stunden ist die Sekretion und sind die Erreger fast

ganz geschwunden, der Prozeß ist in einen chronischen unspezifischen Entzündungszustand übergegangen. Eine jede lokale Behandlung ist dabei überflüssig. Bei einseitiger Erkrankung bleibt dabei das andere Auge verschont. Gänzlich unwirksam ist ältere, nicht virulente Typhusvakzine. Dieser Schilderung folgen 14 Krankengeschichten mit stets gleichartigem vorzüglichem Ausgang der schweren Erkrankung. Schoeler (Berlin).

287. **Experimentelle und klinische Studien über die Einwirkung des Optochins auf die Pneumokokkenerkrankungen des Auges, speziell auf das Ulcus serpens corneae, nebst einigen Bemerkungen über die Erfolge der Jodtinkturbehandlung der Tränensackkatarrhe nach Wessely;** von W. Grüter. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 2. S. 41.)

Optochin wirkt nur auf Pneumokokken von jeder Virulenz, nicht aber auf den Streptococcus viridans, der in der Bindehaut weit häufiger zu finden ist als der Pneumokokkus. Auf der Hornhaut ist umgekehrt der Pneumokokkus häufiger. Unter 62 Pneumokokkengeschwüren hatten nur 2 den Streptococcus viridans. Bei Hornhautgeschwüren wirkt das Optochin in der Hauptsache nur auf die oberflächlichen, weil es durch seine eiweißfällende Wirkung nicht in die Tiefe dringen kann. Es verursacht anhaltende Reizerscheinungen der Iris und verzögert die Epithelregeneration, wodurch neue Infektionen begünstigt werden. In einigen Fällen schien die Optochintherapie durch subkutane Injektion von 1 ccm Antipneumokokkenserum (Hoechst) merklich unterstützt zu werden, wie schon Böhnke beobachtet hat. Weder das Optochin noch die Jodtinktur eignen sich zur Behandlung der Tränensackkatarrhe. Beide verursachen lebhafte Beschwerden und führen zu Stenosenbildung. Schoeler (Berlin).

288. **Beitrag zur Kenntnis des intermittierenden Exophthalmus;** von Fr. Schründer. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 93. H. 4. S. 399.)

Bei einem Manne trat bei Linksdrehung des Kopfes und besonders bei gleichzeitiger Rückenlage ein Exophthalmus von 7,0 mm auf, während er bei gewöhnlicher Stellung nur 1 mm betrug. Bemerkenswert war mit Einsetzen des Exophthalmus das Auftreten einer etwa talergroßen Geschwulst vor dem linken Ohr und einer varixartige Verdickung der linken Oberlippe. Es handelt sich wahrscheinlich um ein Abflußhindernis in der Vena jugularis selbst. Köllner (Würzburg).

289. **Oribitaalabsces bij traanzaklijden;** door G. ten Doessehate en A. de Kleyn. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 7. S. 564.)

Ein genau verfolgter Fall, mit unzweifelhafter Diagnose. Bei einem 19jährigen Mann mit einem Tränensackleiden der linken Seite, das seit mehr wie 3 Wochen nicht mehr behandelt worden war, entstand plötzlich ein Abszeß der Augenhöhle. Bei der Operation stellte sich als Ursache heraus ein Durchbruch des Tränensackes an der hinteren unteren Wand, durch den dieser in offene Verbindung kam mit dem Inhalt der Augenhöhle. Im Eiter wurde eine Reinkultur von Streptokokken gefunden. Lamers (Herzogenbusch).

290. **Zur histologischen Technik des Kornealversuches bei der Pockendiagnose;** von G. Paul. (D. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 900.)

P. fand, daß man um so schönere und klarere Schnittbilder der geimpften Kornea erhält, je kürzere Zeit diese in den Fixierungs-, Konservierungs- und Einbettungsmedien verweilt. Die spezifischen, für Variola charakteristischen Epithelveränderungen (Hydrops und Wucherung) fallen auch bei bakterieller Mischinfektion sofort ins Auge, während die Garnierischen Körperchen erst in den Spätstadien auftreten. P. gibt ausführlich seine Untersuchungstechnik. Kadner (Dresden-Loschwitz).

291. **Chronische latente Zahnwurzelhautentzündung als Ursache der Regenbogenhautentzündung des Auges;** von R. Wirtz. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 138.)

Erkrankungen der Adnexe des Auges infolge Zahnerkrankung sind mehrfach beschrieben worden. Entzündungen im Augapfel eigentlich so gut wie nie. W. beobachtete 5 Fälle von Iritis, darunter solche mit jahrelang auftretenden Rückfällen, die auf eine Zahnerkrankung zurückgeführt werden mußten. Sie waren therapeutisch nicht zu beeinflussen, bis die Entfernung des erkrankten Zahns eine schnelle Heilung bewirkte. Schoeler (Berlin).

292. **Über eine angeborene Abnormität der Netzhaut nebst Bemerkungen über Skleraleinbuchtung und Aderhautabhebung;** von E. Fuchs. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 2. S. 107.)

In einem Auge mit durchgebrochenem Hornhautgeschwür fand sich als angeborene Anomalie eine besonders stark ausgesprochene radiäre Anordnung der äußeren Körnerschicht der Netzhaut, sowie eine mangelhafte Ausbildung der Fovea centralis: im Gegensatz zu einer normalen Fovea war eine ziemlich mächtige Ganglienschicht sowie die innere plaziterne Schicht in ganzer Ausdehnung erhalten geblieben. Der allein Zapfen tragende Bezirk entsprach an Ausdehnung den normalen Verhältnissen. Die Fovea hatte somit eine gewisse Ähnlichkeit mit den Befunden, wie sie Fritsch auch an gutsehenden Hottentottenaugen erhoben hatte. Gleichzeitig war an dem Auge, über das F. berichtet, noch eine Skleraleinbuchtung und Aderhautablösung vorhanden. Köllner (Würzburg).

293. **Zentrale Netzhautblutung bei Fleckfieber;** von v. Colden. (D. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 267.)

30jähriger Landwirt zeigte gegen das Ende eines schweren Fleckfiebers eine Störung im Sehvermögen des rechten Auges. v. C. fand etwa 4 Wochen später in der Macula lutea eine sichelförmige Blutung, temporalwärts offen, die Fovea centralis halbkreisförmig umgreifend, an den Rändern Zeichen von Resorption darbietend. Visus: rechts $^6/_{10}$, Gläser bessern nicht. Links $^6/_6$. Gesichtsfeld: regelrechte Grenzen für Weiß und alle Farben. Punktförmiges, relatives, *neutrales Farbenskotom*; verwechselt im Zentrum Blau und Grün. Links regelrecht. Unter Behandlung mit Jodkali und Schwitzen heilt die Störung in ca. $10^1/_2$ Wochen völlig ab. Bezugnehmend auf eine Angabe von Gutermann (Diskussion in d. außerord. Sitzung d. Ophthalm. Ges. Heidelberg 1916), der bei Fleckfieberkranken an der Art. centralis feinste Knötchen beobachtete, ähnlich den von Fränkel beschriebenen in den Roseolen, nimmt v. C. an, daß die oben geschilderte Störung auf eine Erkrankung der feinsten, zu dem Netzhautrande hinziehenden Gefäße zurückzuführen sei. Kadner (Dresden-Loschwitz).

294. **Über die Ernährung der Sehnerven und ihre Beziehungen zu der Erfolglosigkeit der Therapie der tabischen Sehnervenatrophie;** von C. Behr. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 517.)

Die Ernährung der einzelnen Nervenfasern innerhalb des Nervenfaserbündels kann nicht unmittelbar aus den Gefäßen erfolgen, sondern die Nervenfasern sind auf den parenchymatösen Saft- bzw. Lymphstrom angewiesen, der die gelösten Nährstoffe aus den in den Septen verlaufenden Blutgefäßen nach ihrem Durchtritt durch die gliösen Grenzmembranen an die einzelnen Nervenfasern heranführt. Die Gliafasern zeigen an ihrem Ende eine bedeutende trichterförmige Verbreiterung, den sogenannten Gliafuß, dessen breite Fläche fest auf der Grenzmembran aufsitzt. Die Gliafasern besetzen ohne Zwischenraum die ganze innere Oberfläche der Grenzmembranen. Zarte Gliafädchen treten mit den Achsenzylindern selbst in unmittelbaren anatomischen Kontakt. Bei den Versuchen mit)Einspritzung von Farblösungen in den frisch entfernten Sehnerven, wie bei Tusch-Einführung in den Sehnerven des lebenden Versuchstiers gelang der Nachweis, daß diese Stoffe auf dem Wege durch die Gliafasern bis zu den Achsenzylindern gelangten. Das Gliafasersystem nimmt daher nach B. die Stelle von Lymphbahnen für die Achsenzylinder ein und hat im Sehnerven und wohl auch im Zentralnervensystem eine ähnliche physiologische Bedeutung wie das Lymphgefäßsystem in dem mesodermalen und entodermalen Gewebe. -- Die freie Gewebsflüssigkeit fließt dann zusammen mit den Abbauprodukten innerhalb der einzelnen Nervenfaserbündel zentralwärts in die Schädelhöhle, ohne daß sie mit den perivaskulären Lymphräumen oder mit dem Zwischenscheidenraum in ausgedehntere Verbindung tritt. Erst innerhalb der Schädelhöhle verläßt sie den Nervenstamm und fließt in die großen Sammelbecken des Liquor cerebrospinalis ab. Im Sehnervenparenchym vollzieht sich also beständig eine an das Gliafasersystem gebundene Flüssigkeitsströmung mit geringem Gefälle von der Peripherie zentralwärts. — Die luetische Sehnervenerkrankung kommt durch Infektion des Bindegewebs- und des Blutgefäßsystems zustande, die metaluetische dagegen durch eine Infektion des nervös-gliösen Gewebes selbst. Daher ist der Erfolg der Chemotherapie bei luetischen Prozessen erklärt. Die Mittel kommen durch den Blutstrom schnell, direkt und in ausreichender Konzentration an den Ort der Erkrankung. Bei metaluetischen Erkrankungen dagegen müssen die Mittel erst die gliösen Grenzmembranen durchdringen, ehe sie an die Stelle der Erkrankung gelangen. Die Membran wirkt nun sicher nicht nur mechanisch, sondern auch biologisch, wie alle serösen Häute, die quantitativ sowohl wie qualitativ die verschiedenen Lösungen für den Durchtritt nicht nur auswählen und bestimmen, sondern möglicherweise auch eine chemisch-physikalische Änderung der hindurchgleitenden Moleküle hervorzurufen vermögen. Eine weitere Behinderung ist die Armut des Nervensystems an Blutgefäßen. Das Verhalten der Nervensubstanz gegen medikamentöse Beeinflussung ähnelt dem der Hornhaut, die auch keine Blutgefäße hat. Die Therapie der Keratitis parenchymatosa scheint ebenso machtlos gegen den Prozeß, wie die der metaluetischen Nervenerkrankungen, weil es in beiden Fällen nicht möglich ist, Medikamente in genügender Konzentration an den Ort der Erkrankung heranzuführen. Schoeler (Berlin).

295. **Amaurose nach Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri;** von W. Koennecke. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. Nr. 3 u. 4. S. 225. 1917.)

Der Fall betraf einen 65jährigen Kranken. Die nach der Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri beobachtete Amaurose des gleichseitigen Auges ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Thrombose des Sinus cavernosus bzw. der V. ophthalmica sup. und V. centralis retinae zurückzuführen. Der Unglücksfall ist nicht geeignet, das Härtelsche Verfahren in Mißkredit zu bringen. Härtel selbst betont ausdrücklich, das die Alkoholinjektion in das Ganglion nur auf die schwersten Fälle zu beschränken sei, die sonst für die Ganglionexstirpation reif wären. Die Gefahren, die die Ganglionexstirpation mit sich bringt, sind jedenfalls ungleich schwerer. Gewarnt muß also nur davor werden, die Indikation zu weit zu stellen. Wagner (Leipzig).

296. **Beitrag zur Ophthalmomyasis;** von Ticho. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. Nr. 10. 1917.)

3 Fälle von Fliegenlarven im Bindehautsack bei Einwohnern Jerusalems, die entfernt werden konnten. Auffallend war die große Schmerzhaftigkeit, die sonst häufig bei dieser Erkrankung fehlt. Zur Bestimmung der Art ist es manchmal wünschenswert, die Larven zur Reife zu bringen. Es gelingt dies bei Muskiden auf toten Vögeln, bei Östriden in feuchter Erde und Sand. Bei der Larvenentnahme darf man dann nicht kokainisieren. Ozaenakranke sind am meisten gefährdet und sollten in den Tropen nicht im Freien schlafen. Köllner (Würzburg).

297. **Sympathische Ophthalmie nach präventiver Enukleation oder Exenteration;** von A. Elschnig. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 92. S. 505. 1917.)

Die Tatsache, daß die präventive Enukleation durchaus kein sicherer Schutz vor dem Auftreten sympathischer Ophthalmie ist, bilde eine Stütze für die anaphylaktische Theorie der Entstehung der letzteren. Diese Theorie vertheidigt E. nochmals gegenüber den Ausführungen Schiecks. Köllner (Würzburg).

298. **Über tuberkulöse, sympathisierende und proliferierende Uveitis unbekannter Ätiologie;** von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 92. S. 401. 1917.)

Ausführliche wertvolle anatomische Untersuchungen einer großen Zahl klinisch beobachteter Fälle. Über die Einzelergebnisse der Arbeit kann hier wegen ihrer Fülle nicht ausführlich berichtet werden. Hervorzuheben ist, daß H. ausführlich begründet, daß eine anatomische Differentialdiagnose zwischen sympathisierender Ophthalmie und tuberkulöser Uveitis nicht möglich ist; jedenfalls ist im Bilde der ersteren nichts enthalten, was gegen Tuberkulose spricht. Von Bedeutung ist auch, daß höchstwahrscheinlich eine chronische Aderhautentzündung vorkommt, die ohne Schädigung des Pigmentepithels und eventuell ophthalmoskopisch unsichtbar verläuft. Trotzdem kann dabei eine logische Schädigung der äußeren Netzhautschichten entstehen, die aber rückbildungsfähig ist. Köllner (Würzburg).

299. **Studien über die Energieschwelle für die Empfindung Rot in ihrer Abhängigkeit von der Wellenlänge der Lichtstrahlung;** von G. F. Göthlin. (Svenska Vetensk. Handl. Bd. 58. H. 1. 89 S. m. 1 Taf. 1917.)

Durch sorgfältig messende Versuche wurde festgestellt, daß von dem völlig dunkeladaptierten normal trichromatischen Sehorgan G.s bei einem Gesichtsfeld von 3° noch Licht von der Wellenlänge 834 $\mu\mu$ und bei einem Gesichtsfeld von 45' noch Licht von der Wellenlänge 822 $\mu\mu$ als Rot wahrgenommen werden. In dem für 50 Lux adaptierten Auge lag die Energieschwelle für die Empfindung Rot bei fovealem Gesichtsfeld 4—5mal so hoch, bei makularem (3°) 9—50mal so hoch wie im völlig dunkeladaptierten Auge. G. meint, daß die Energieschwelle für die Empfindung Rot höher steigt, sobald außer den Zapfen auch Stäbchen mitgereizt werden. Durch Adaption für helles Himmels-

licht erhöhte sich die Energieschwelle für Rot auf das 150—500fache. Bei einem protanomalen (rotgrünschwachen) Farbensystem lag die Energieschwelle für die Empfindung Rot durchschnittlich 28mal so hoch wie bei einem normalen Trichromaten. Auch gibt es für den Protanomalen eine farblose langwellige Endstrecke des sichtbaren Spektrums, die sich bei fovealem Gesichtsfelde bis etwa 764 $\mu\mu$ erstreckte.

Köllner (Würzburg).

300. **Beiträge zur binokularen Helligkeitsempfindung;** von Roelofs und Zeemann. (Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. 92. S. 517. 1917.)

Die Untersuchungen beweisen aufs neue, daß für die binokulare Helligkeitsempfindung bei ungleichen Helligkeitseindrücken vor allem die Konturen eines Feldes ausschlaggebend sind. Nach R. und Z. läßt sich der Einfluß der Konturen so erklären, daß scharfe Konturen in hohem Maße die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Der binokulare Eindruck ist die Resultante einer Mischung der beiderseitigen Eindrücke; diese alte Regel wird aufs neue in den Vordergrund gestellt. Sie erklärt auch die bekannte Tatsache, daß die binokulare Helligkeitsempfindung größer (annähernd doppelt so groß) ist, als die monokulare. R. und Z. wenden sich damit gleichzeitig gegen die Pipersche Ansicht von der binokularen Reizsummierung und gegen die Lohmannsche Theorie, nach der sich die Reizflächen nicht mehr auf korrespondierenden Netzhautflächen abbilden sollen.

Köllner (Würzburg).

301. **Hemianopsie und Seelenblindheit bei Hirnverletzungen;** von Best. (Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. 93. S. 49. 1917.)

Ausführliche statistische Bearbeitung eines großen Materials. Von Interesse ist u. a. die Feststellung, daß bei unvollständiger Halbblindheit in dem geschädigten Sehraume alle Sehfunktionen (Farbensinn, Lichtsinn, Raumsinn) gestört waren. Ein besonderes Zentrum für bunte Farben gibt es nicht, soweit es sich nicht um agnostische, amnestische und aphasische Störungen des Farbensinnes handelt. Der bekannte und oft umstrittene Makulaausprung ist kein unscheinbarer Begriff, sondern der Rest eines semiamblyopischen Sehraumes, in dem der höchstwertige Teil bis zuletzt funktionsfähig bleibt. Die Seltenheit des völligen Ausfalles einer ganzen Hälfte erklärt B. mit der relativ großen Ausdehnung der Kalkarina, deren unterer Teil infolge der Nachbarschaft des Kleinhirns bei erhaltenem Leben nie vollkommen zerstört wird. Von der Kalkarina aus werden optisch-reflektorische Augenbewegungen, besonders Fusionsbewegungen und Konvergenz, veranlaßt.

Köllner (Würzburg).

C. Bücherbesprechungen.

17. **Sinnesphysiologische Untersuchungen;** von J. Pickler. Leipzig 1917. Ambr. Barth. 516 S. m. 44 Fig. im Text. (18 Mk.)

Die umfangreiche, fesselnd geschriebene, vorzüglich ausgestattete Monographie wird bei allen, die sich mit der Physiologie und Psychologie der Sinnesorgane beschäftigen, großes Interesse erwecken, auch dann, wenn der hier vertretene neue Standpunkt P.s nicht geteilt werden sollte. P. entwickelt nämlich eine von den herrschenden gänzlich abweichende Theorie der Natur der Empfindungen, welche er die „Anpassungstheorie“ nennt. Die bisherige Lehre, daß die Empfindungen physischen Wirkungen der Reize zugeordnet sind, habe schon deswegen keinen rechten Sinn, weil man gar nicht weiß, wie jener unerregte Zustand der Sinnesorgane ist, in welchem die Reize durch Erregungen die Empfinauslösen sollen. P. meint vielmehr, daß die Empfindung durch die „Wachrigkeit“ (wie P. einen von ihm angenommenen Bewußtseinszustand des Begehrens nach Wachsein nennt), hervorgebracht wird: die Wachrigkeit verhindert die physische Wirkung des Reizes im Organismus, indem sie dieser ein genaues Gegengewicht verschafft. Die Empfindung faßt er infolgedessen in ähnlicher Weise als eine Befriedigung der Wachrigkeit, wie die Ernährung etwa eine Befriedigung des Hungers bildet, auf. Diese Anschauung begründet P. ausführlich durch psychologische Überlegungen und durch einige psychologische Versuche an Gesichtswahrnehmungen und führt sie dann an vielen Einzelfällen durch.

Köllner (Würzburg).

18. **Unsere Lebensmittel, ihr Wesen, ihre Veränderungen und Konservierung;** vom ernährungsphysiologischen und volkswirtschaftlichen Standpunkt gemeinfaßlich dargestellt von J. Roland. Preisgekrönte Arbeit. Mit einer *Einführung:* Wie können wir aus unseren Lebensmitteln besseren Nutzen ziehen? Eine Forderung der neuen Zeit, von Th. Paul. Dresden und Leipzig 1917. Theodor Steinkopf. 250 S. (Brosch. 9 Mk., geb. 10 Mk.)

In der „Einführung“ sagt Paul, daß es unser Bestreben sein müsse, die *Abfallstoffe* möglichst auszunutzen, was nur erreicht werden könne, wenn die Zubereitung der Speisen ferner nicht in den Händen von Personen liege, die von den Eigenschaften und der rationellen Verwertung der Nahrungsmittel so gut wie nichts verstehen. P. fordert sowohl für die Volks- als auch für die Mittelschulen und höheren Töchterschulen besseren Unterricht in den Naturwissenschaften, auch der Anthropologie. Für die Armee seien Militärkochschulen einzurichten, für jedes Armeekorps etwa eine, wofür besondere Anweisungen gegeben werden. — Dem Kriegsernährungsamte und den Zentralbehörden der Bundesstaaten liege es ob zu sorgen für 1) Systematische Bearbeitung aller bei der Aufbewahrung von Lebensmitteln in Betracht kommenden Fragen auf wissenschaftlicher Grundlage und unter Nutzbarmachung der von der modernen Technik gebotenen Hilfsmittel, einschließlich der Grundsätze der Zubereitung der Speisen. 2) Unterricht in den Grundsätzen der Ernährungslehre (auch Beurteilung und Aufbewahrung der Nahrungsmittel). Ferner sei eine deutsche Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie zu errichten. — Die Arbeit Rolands zerfällt in 3 Teile: 1) Schicksale der Nahrungs- und Genußmittel innerhalb, 2) außerhalb des Organismus. 3) Schutz derselben vor schädlichen Veränderungen. Diese Fragen sind in interessantester, anregendster Weise besprochen. Niemand wird das Buch aus der Hand legen, ohne die Empfindung, reiche Belehrung empfangen zu haben.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

19. **Handbuch der Krankenpflege.** Unter Mitarbeit von J. Tandler, C. Schwarz, A. Fröhlich, L. Adler, W. Knöpfelmacher, E. Raimann, J. Lamberg herausgegeben von A. Bum. Berlin und

Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 392 S. m. 182 Abb. (Brosch. 10 Mk., geb. 11 Mk. 50 Pf.)

Das während des Krieges entstandene Buch ist für die freiwilligen und Berufskrankenpflegerinnen und Berufskrankenpfleger bestimmt als theoretische Grundlage für ihre praktische Ausbildung. Es besteht aus einem allgemeinen Teil mit einem anatomischen, einem physiologischen und einem die Krankheiten des menschlichen Körpers behandelnden Abschnitt. Viel umfang- und inhaltreicher ist naturgemäß der spezielle Teil, der 12 Kapitel umfaßt. An ihn schließt sich eine von zahlreichen Abbildungen begleitete Abhandlung von Lamberg über erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Verletzungen. Das kompendiöse Werk sollte auch in der Familienbibliothek seinen Platz finden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

20. **Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung;** von C. v. Noorden. Siebente Auflage. Berlin 1917. Aug. Hirschwald. 577 S. (Brosch. 20 Mk.)

Das weitverbreitete vortreffliche Buch hat in der soeben erscheinenden 7. Auflage mancherlei Bereicherunge erfahren. Die Kapitel über Ätiologie und Behandlung sind fast gänzlich, die Kapitel über Physiologie und Pathologie des Zuckerhaushaltes und über pathologische Chemie des Diabetes zum großen Teile neu bearbeitet worden. Hinsichtlich der Therapie haben besonders die Hafer- und sonstigen Kohlehydratkuren eingehende Berücksichtigung gefunden. — Völlig wurden die Abschnitte über einzelne Behandlungsformen umgearbeitet: Beinahe ein neues Buch.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

21. **Die Nephritiden, Abriß ihrer Diagnostik und Therapie;** von H. Strauß. 2. Auflage. Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 312 S. m. 8 Abb. (Brosch. 15 Mk., geb. 17 Mk.)

Die unüberblickbare und vielfach widersprechende, den handelnden Arzt verwirrende Literatur, die die neue überaus intensive Nierenforschung gezeitigt, findet in vorliegendem Buche eine kritische Sichtung aus berufenster Feder. Neben einer erschöpfenden Darstellung alles Theoretischen finden wir vor allem den sicheren Hinweis des klinischen Forschers auf das Praktisch-Positive. Die schnell der ersten folgende zweite Auflage (ein seltener Erfolg) beweist ebenso die Notwendigkeit der Aufgabe, die sich St. gestellt, wie ihre glückliche Lösung. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

22. **Blut und Pigmente.** Gesammelte Abhandlungen mit Zusätzen versehen. Von E. Neumann. Jena 1917. G. Fischer. 467 S. mit 4 Tafeln und 1 Abb. im Text. (Brosch. 14 Mk.)

Die Geschichte der Hämatologie umfaßt eine verhältnismäßig kurze Spanne Zeit, und doch geraten die Anfänge dieser neuen Wissenschaft und ihre grundlegenden Entdeckungen gegenüber der Fülle neuerer Forschungsergebnisse fast in Vergessenheit. Um so größere Beachtung wird ein Buch beanspruchen dürfen, das, wie das vorliegende, eine Zusammenstellung der Arbeiten eines Mannes bringt, der an dem Entwicklungsgange der Blutwissenschaft einen hervorragenden Anteil gehabt hat. E. Neumanns Veröffentlichungen über die Bedeutung des Knochenmarks für die Blutbildung, die bereits in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts erschienen, und seine Forschungen über Leukämie und perniziöse Anämie, sowie seine Studien über Entstehung und Bedeutung der Blutpigmente füllen einen so ansehnlichen Teil dieses großen Sondergebietes aus, daß ihre chronologische Aufzeichnung im Zusammenhang mit vielfach erwähnten Beziehungen zu Arbeiten anderer Forscher gleichsam einen Abriß der Geschichte der Hämatologie von Kölliker und Cohnheim bis zu Ehrlich und Pappenheim darstellt.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

23. **Anleitung zur Diagnose im dicken Blutstropfen;** von V. Schiling. Jena 1917. G. Fischer. 34 S. mit 2 Taf. u. 4 Abb. (Brosch. 1 Mk. 60 Pf.)

Genaue Darstellung der von Roß ausgearbeiteten Methode der Untersuchung im dicken Blutstropfen, die besondere Vorteile bietet zur Auffindung schädlicher Parasiten im Blut. Cordes (Berlin).

24. **Kriegschirurgisches Taschenbuch.** Eine kurze Zusammenstellung der kriegschirurgischen Erfahrungen 1914—17. Von Nahmmacher. Zweite Auflage. Dresden 1917. A. Dreßel. 37 S. (2 Mk.)

Das in Notizbuchformat mit Schreibpapier durchschossene Büchelchen gibt in klarer Form eine kurze Zusammenstellung der in den drei bisherigen Kriegsjahren gemachten kriegschirurgischen Erfahrungen. Namentlich den jungen Feldhilfsärzten wird dieses kriegschirurgische Taschenbuch ein gutes Hilfsmittel sein.

Wagner (Leipzig).

25. **Vademekum der speziellen Chirurgie und Orthopädie für Ärzte;** von E. Ziegner. 3. Aufl. Leipzig 1917. F. C. W. Vogel. 255 S. (Brosch. 8 Mk.)

Da die vorliegende Auflage so gut wie keine Veränderungen enthält, erübrigt sich ein eingehenderes Referat. Es sei nur darauf hingewiesen, daß das Büchlein dem praktischen Arzt schnellste Information über die Hauptbilder der chirurgischen Krankheiten hinsichtlich Ätiologie, Symptomatologie und Therapie vermitteln will. Es ist in seiner Kürze ein Taschenbuch. Z. ist ein Schüler Biers. Klien (Leipzig).

26. **Die Chirurgie des Duodenum;** von Ed. Melchior. Stuttgart 1917. F. Enke. 566 S. mit 88 teils farb. Textabb. (Geh. 25 Mk. 60 Pf.)

Die vorliegende Monographie bildet den 25. Band der von *P. v. Bruns* begründeten, jetzt von *H. Küttner* herausgegebenen „Neuen deutschen Chirurgie". Das Buch zerfällt in 6 Teile: 1. Zur Anatomie und Physiologie des Duodenum. 2. Die Untersuchungsmethoden für das Duodenum. 3. Die angeborenen Erkrankungen (Mißbildungen) des Duodenum. 4. Die erworbenen chirurgischen Erkrankungen des Duodenum. 5. Die Verletzungen des Duodenum. 6. Die Operationen des Duodenum. Den größten Umfang beansprucht der 4. Teil und hier wieder die Darstellung des chronischen *Ulcus pepticum duodeni*, dessen erste Beschreibungen auf Morgagni, Broussais, Abercrombie, Rokitansky zurückgehen. Aber erst durch die Mitteilungen von Moynihan (1901) und Mayr (1904) wurde die Aufmerksamkeit der deutschen Chirurgen auf diesen Krankheitsprozeß gerichtet. In den letzten Jahren ist die Literatur über das Duodenalgeschwür und namentlich auch über seine operative Behandlung rapide angewachsen. In Deutschland stammt die erste größere Mitteilung über diesen Gegenstand vom Verfasser der vorliegenden Monographie (1910). Verf. zerlegt seine eingehende, außerordentlich klare Darstellung des chronischen Duodenalgeschwürs in folgende Abschnitte: Historisches; die pathologische Anatomie des chronischen Duodenalgeschwürs; zur Statistik

des chronischen Duodenalgeschwürs; Ätiologie; Symptomatologie des unkomplizierten Duodenalgeschwürs; Diagnose und Differentialdiagnose; Komplikationen; allgemeine Prognose; Therapie. Daß bei dem perforierten Ulkus, bei bestehender organischer Stenose eine unmittelbare Indikation zur operativen Intervention gegeben ist, ist selbstverständlich. Auch die durch intermittierende Blutungen komplizierten Fälle sollen stets chirurgisch behandelt werden, ebenso die penetrierenden Ulzera und die adhäsive Periduodenitis. Größere Divergenzen hat die Frage der Indikation zum chirurgischen Eingriff bei dem unkomplizierten chronischen Ulcus duodeni ergeben. Wenn man indessen berücksichtigt, daß im Grunde genommen die innere Therapie bei dem chronischen Duodenalgeschwür doch zumeist nur — selbst im günstigsten Falle — einen Aufschub bedeutet, daß sie namentlich keine Sicherheit gegen vitale spätere Komplikationen, wie den Eintritt einer Perforation oder schwerer Blutungen bietet, so erscheint die von Murray aufgestellte Forderung, beim Ulcus duodeni prinzipiell zu operieren, sobald die Diagnose gesichert ist, gewiß nicht unberechtigt. Die verschiedenen operativen Eingriffe werden von M. genau besprochen und kritisch beleuchtet. Das Buch bietet nach jeder Richtung hin eine erschöpfende Darstellung des gegenwärtigen Standpunktes der Duodenalchirurgie. Wagner (Leipzig).

27. **Untersuchungen zur Dynamik der Steckschüsse;** von M. Flesch. Jena 1917. G. Fischer. 150 S. mit 109 Abb. im Text u. 1 Taf. (6 Mk.)

Die von F. an 160 Fällen von Steckschuß gemachten Erfahrungen werden im einzelnen mitgeteilt und die Folgerungen daraus gezogen. F. hat mannigfache Formveränderungen der Geschosse feststellen können, die erst innerhalb des Wundkanals durch Kollision mit Widerstand bietenden harten oder elastischen Gebilden des betroffenen Teiles entstehen. Ferner konstatierte er den im getroffenen Körper erfolgenden Zerfall von Geschossen oder Geschoßfragmenten in einige oder viele Bruchstücke. Auch ohne die Massenwirkung großer Granatbruchstücke und ohne Querschläger des Infanteriegeschosses kommt es zu Zerstörungen, die in nichts den von jenen erzeugten nachstehen. Der Schußkanal stellt keineswegs eine geradlinige bzw. eine der Krümmung der Flugbahn folgende Verlängerung der Einschußachse dar. Weite und Form des Schußkanals gestalten sich nicht als einfache, der Geschoßform sich anpassende Röhre, sondern erhalten durch rotierende und wirbelnde Bewegungen Ausbuchtungen. Die Erkenntnis der sich aus dem Überschlagen, Kreiseln, Wirbeln, Pirouettieren der Geschosse erklärenden scheinbaren Fernwirkungen in der Umgebung des Schußkanals ist von besonderem Wert für das Verständnis manchen auffälligen Befundes. Daß man sich von der Vorstellung, als ob der Schußkanal der Verbindungslinie zwischen Einschuß und Ausschuß bzw. Sitz des Steckschusses entspreche, freimachen muß, wird sich der Erfahrung jedes Chirurgen aufzwingen. Die zur Ablenkung von der ursprünglichen Richtung führenden Ursachen sind verschiedene. Die nach einer vorausgegangenen Schußverletzung sich einstellenden Erscheinungen werden in erster Linie mit dem Vorhandenseins eines zurückgebliebenen Projektils, weiter aber mit Zerrungen durch Narbenbildung in Zusammenhang gebracht. Sind wir uns darüber klar, daß der Schußkanal, dessen Rest die Narbe ist, bogenförmig oder im Winkel oder im Zickzack verlaufen sein kann, so werden wir uns eher damit zurechtzufinden wissen, daß Beschwerden vorgebracht werden, für die ein Zusammenhang mit der äußerlich sicht- und fühlbaren Narbe zunächst dem Verständnis sich entzieht. Weitere interessante Einzelheiten müssen im Originale nachgelesen werden. Wagner (Leipzig).

28. **Kriegsneurologische Beobachtungen;** von W. Leo. Langensalza 1917. Wendt & Klauwell. 154 S. und Abbild. (5 Mk.)

Ausführliche Mitteilung und Besprechung einer Reihe von Krankengeschichten, die durch eine Anzahl von Abbildungen illustriert werden. Es handelt sich um traumatische Lähmungen, Neurosen und einen Fall von Heredoataxie. Jolly (Halle).

29. **Beiträge zur Kenntnis der Kriegsverletzungen des peripherischen Nervensystems;** von H. Oppenheim. Berlin 1917. S. Karger. 136 S. mit 28 Abbild. (Brosch. 8 Mk.)

Die O.sche Broschüre ist für jeden, der mit den Verletzungen des peripheren Nervensystems zu tun hat, von größtem Interesse. Ein kürzeres Referat läßt sich bei der Fülle des Stoffs nicht geben.

Jolly (Halle).

30. **Die Frau von 50 Jahren. — Krieg und Geburtshilfe;** Zwei Studien von Friedrich Schauta. Wien 1917. Moritz Perles. 77 S. (2 Mk. 80 Pf.)

Die Frau von 50 Jahren könne in Parallele gestellt werden mit dem Manne von 60 Jahren. Für die Frau gilt das Wort Chéraus: Propter ovarium solum mulier est, quod est. Sch. bespricht zunächst Wesen und Erscheinungen von Menstruation und Ovulation. Die Bildung des Corpus luteum setzt erst einige Zeit nach dem Platzen des Follikels mit der regressiven Tätigkeit der Granulosazellen im Sinne der Verfettung ein. Die Wichtigkeit und Richtigkeit der Trennung zwischen reifem Follikel und Corpus luteum ist auch experimentell bereits bewiesen. Vor und nach dem Bersten des Follikels fand Seitz das sog. Lipamin, welches Hyperämie der Genitalien und Blutung bewirkt, während im wirklichen Corpus luteum ein gerade entgegengesetzt wirkender Körper gefunden wurde, das Luteolipoid. Das so verschiedene Verhalten der Frauen in der Übergangszeit zur Menopause und in dieser selbst sucht Sch. mit der verschiedenen vikariierend eintretenden Funktion anderer endokriner Drüsen, wie der Hypophysis, der Schilddrüse, der Langerhansschen Inseln zu erklären. Zum Schluß betont Sch., daß mit dem Eintritt in das Klimakterium zwar die animale Funktion der Frau erlösche, daß dagegen deren höhere geistige Funktion in der gesellschaftlichen und familiären Tätigkeit weiter bestehe bis ins höchste Alter. Sie bleibt Erzieherin ihrer Kinder, sie bleibt vor allem die beste Freundin ihres alternden Mannes, seine treue Ratgeberin, der in ihren alternden Zügen das Spiegelbild ehemaliger beglückender Jugendtage bis ins höchste Alter findet. — In dem Aufsatz: *Krieg und Geburtshilfe* weist Sch. zunächst nach, daß genau 9 Monate nach Kriegsbeginn die Geburtenfrequenz in- und außerhalb der Gebäranstalten, in der Stadt und auf dem flachen Lande, in Österreich und in Deutschland, um ca. 50% sank, daß aber der Ernährungszustand der wirklichen Kriegskinder fast genau derselbe ist, wie im Frieden, daß auch das Stillgeschäft nicht beeinträchtigt ist. Für Wien konnte sodann Sch. nachweisen, daß daselbst im Kriege durchaus nicht mehr Knaben geboren worden sind, wie im Frieden, während für Berlin das Gegenteil festgestellt worden ist. Auch von einer Verminderung der Eklampsie konnte in Wien gegenüber Berlin keine Rede sein. Klien (Leipzig).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN GESAMTEN MEDIZIN

85. JAHRGANG BAND 328 HEFT 3
SEPTEMBER 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 328 | September 1918

A. Auszüge.

I. Chirurgie.

302. **Behandlung bedrohlicher Narkosestörungen;** von C. Schlatter. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 449.)

Die plötzlichen Todesfälle zu Beginn der Narkose sollen nach neueren Forschungen unter Umständen durch nervöse Reize zustande kommen können, so besonders bei abnorm ängstlichen Menschen; experimentell hat sich nachweisen lassen, daß ungeschickt narkotisierte Tiere, die starke Angstzustände hatten, viel häufiger in der Narkose eingingen als andere Tiere, bei denen durch zweckmäßige Narkotisierung jene Aufregungszustände vermieden wurden. Interessante Untersuchungen haben des weiteren gezeigt, daß bei langdauernden Chloroformnarkosen das chromaffine System geschädigt wird und der Adrenalinspiegel des Blutes sinkt. Es ist dies um so verhängnisvoller, als gerade das Chloroform den Blutdruck stark senkt und dann — bei dem Mangel an blutdruckerhöhendem Adrenalin — verhängnisvolle Kreislaufstörungen eintreten können. Bei Menschen mit Status thymicolymphaticus, die meist eine Hypoplasie des chromaffinen Systems aufweisen, sind naturgemäß Narkosen, besonders mit Chloroform, gefährlich; erfahrungsgemäß pflegt man auch bei Narkosentodesfällen häufig jenen Befund zu erheben. Beim Narkosentod sind zu unterscheiden die Atemlähmung und der Herztod (meist bei Chloroform), bei dem zunächst die Herztätigkeit plötzlich aussetzt und die Atmung noch eine Zeitlang andauert. Solche Fälle sind meist von vornherein verloren; vereinzelt gelingt es jedoch (wie in einem vom Referenten beobachteten Fall), das stillstehende Herz durch direkte Massage vom eröffneten Abdomen her oder nach direkter Freilegung des Organs wieder zum Schlagen zu bringen. Bei den Todesfällen durch Atemlähmung handelt es sich meist um Ätherintoxikationen. Während das Herz weiterschlägt, sistiert die Atmung; nur durch langdauernde künstliche Atmung usw. gelingt es dann zuweilen noch, den Patienten zu retten. Das Verhalten des Arztes bei Narkosenstörungen dürfte als bekannt vorausgesetzt werden und bedarf hier keiner besonderen Erörterung; es sei hier nur darauf hingewiesen, daß — auch von ärztlicher Seite — bei solchen aufregenden Zufällen oft recht wenig planmäßig und unzweckmäßig vorgegangen wird.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

303. **Vorschlag zur Wundbehandlung mittels gesättigten oder übersättigten Dampfstrahls;** von L. Brieger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 580.)

Br. schlägt zur Wundbehandlung die Anwendung gesättigten oder überhitzten Wasserdampfes von 1 bis $1^1/_2$ Atmosphären Druck vor; die Temperatur des Dampfes soll 45° nicht übersteigen; Applikation 1 bis mehrere Mal täglich 5—15 Minuten. Untersuchungen haben gezeigt, daß der gesättigte oder überhitzte Wasserdampf in Form der Dampfdusche ungleich viel tiefer ins Gewebe zu dringen vermag und darum bessere Tiefenwirkung entfalten, als trocken applizierte Wärme. Besonders bei den erfahrungsgemäß oft langsam heilenden Weichteilswunden und Schußverletzungen hält Br. sein Verfahren für angebracht.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

304. **Zur Behandlung großer Nervendefekte;** von M. Kirschner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 739.)

Für die Behandlung großer Nervendefekte sind zahlreiche verschiedenartige Verfahren angegeben worden, die alle mehr oder weniger versagt haben. (Nervenimplantation, doppelte Nervenpfropfung nach Hofmeister, gestielte Lappen aus den Nervenstümpfen, Ausfüllung der Defekte mit frei transplantierten Nervenstücken, sei es autoplastisch durch Resektion bedeutungsloser Nerven, sei es homoioplastisch [Leichenmaterial!], sowie schließlich die verschiedenen Tubulisationsmethoden, von denen das bekannteste, die Edingerschen Agar-Kalbsarterienröhrchen, auch die Erwartungen nicht erfüllt haben.) Wo schon die direkte Vereinigung der Nervenstümpfe keine sicheren Heilungsgarantien bietet, ist es von jenen komplizierten Methoden erst recht nicht zu erwarten.

Man muß also in jedem Falle möglichst eine direkte Nervenvereinigung erstreben. Um nun bei großen Defekten dieses Ziel zu erreichen, kombiniert K. die alte radikale Methode der Gliedverkürzung durch Knochenresektion mit dem von Müller angegebenen Verfahren der etappenweisen Dehnung der freigelegten Nerven durch Streckung bzw. Beugung desjenigen Gelenkes, innerhalb dessen Bereich der Nerv in Entspannungsstellung durch ein interponiertes Faszienrohr vereinigt ist. K. geht deshalb in der Weise vor, daß er denjenigen Knochen, in dessen Bereich sich der Nervendefekt befindet, schräg durchtrennt und die beiden Knochenenden soweit parallel zueinander verschiebt, bis die Nervenstümpfe sich vereinigen lassen. Nach vollendeter Nervennaht wird ein frei transplantierter Faszienstreifen um die Nahtstelle herumgelegt zur Verstärkung. Dann werden durch eine im Laufe von 8—10 Tagen stärker wer-

dende Extension die Knochenenden allmählich wieder in die richtige Lage zueinander gebracht.

Eine andere ähnliche Methode wäre, die Knochenenden nach querer Durchtrennung soweit winklig zueinander zu stellen, bis die Vereinigung der Nervenstümpfe möglich ist; durch allmähliche Überführung in Gradstellung wird dann die künstliche Fraktur wieder geheilt.

Da die Nerven eine starke Dehnung vertragen, glaubt K., daß auch der genähte, durch Faszie verstärkte Nerv jenen Extensionszug verträgt. Zwar hat K. sein Verfahren noch nicht praktisch erprobt, doch dürfte es in geeigneten Fällen zur Anwendung empfohlen sein. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

305. **Das Edinger-Verfahren der Nervendefektüberbrückung;** von Wollenberg. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 641.)

Gleich einer Reihe anderer Autoren konnte auch W. bei keinem seiner nach Edinger operierten Nervenschußverletzungen einen klinischen Erfolg erzielen. Der anatomische Befund, den W. bei 6 Nachoperationen erheben konnte, klärte die Mißerfolge auf; in keinem einzigen der Fälle — auch nicht bei den primär geheilten — war der Nerv in den Agar des Kalbsarterienröhrchens hineingewachsen; vielmehr fanden sich an beiden abgeschnittenen Nervenendigungen die üblichen Neurome; W. warnt daher mit Recht vor der Anwendung dieses vor kurzem noch so sehr gepriesenen Verfahrens.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

306. **Beitrag zur Nervenverletzungschirurgie;** von A. Schanz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 617.)

Bei Nervenverletzungen, wo die Kontinuität nicht völlig unterbrochen war, sondern nur ein Teil des Querschnitts verletzt und unter Bildung eines Neuroms ausgeheilt war, wandte Sch. ein neues, sehr einfaches Verfahren an. Statt der sonst üblichen Methode, nach Exzision des Neuroms die angefrischten Teile des Querschnitts unter Faltung der erhalten gebliebenen Fasern zu vereinigen, begnügt sich Sch. lediglich mit der Exzision des Neuroms; den dadurch entstandenen muschelförmigen Defekt schließt er durch Übernähen des Perineuriums; die verletzte Nervenpartie wird sodann noch mit einer sterilen Kalbsarterie umscheidet. Die Erfolge waren überraschend; schon wenige Tage nach dem Eingriff kehrten die ersten Zeichen der Sensibilität zurück; die motorische Leitung stellte sich — wie auch sonst immer — erst später wieder ein.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

307. **Über Gasbrand;** von Hopkes. (D. med. Woch. Bd. 140. S. 1. 1917.)

G. berichtet über seine in 34 leichten bis schwersten Fällen gesammelten Erfahrungen. Was die Ätiologie angeht, so glaubt auch er, daß mehrere Anaërobier in Frage kommen, mißt jedoch dem Fraenkelschen Gasbazillus die Hauptbedeutung bei. Klinisch unterscheidet er — gleich mehreren anderen Autoren — 3 Formen: 1. die leichte örtlich begrenzte Form (entspricht der epifaszialen Form Payrs und dem Gasabszeß bzw. der Gaswunde anderer Forscher), 2. die schwere, progrediente Form (subfasziale Form Payrs), sowie schließlich 3. die schwerste oder fondroyante Form. Die einzelnen Symptome sind des öfteren in diesen Blättern geschildert, so daß sich eine nähere Beschreibung hier erübrigt. Auch H. beobachtete zweimal Metastasenbildung. Bezüglich der Behandlung vertritt auch H. einen mehr konservativen Standpunkt (Inzisionen in großem Stil, offene Wundbehandlung, H_2O_2-Behandlung); in gewissen schwersten Fällen, zumal mit schweren Frakturen, soll amputiert werden. Von der Vakzinebehandlung kann man sich keinen Erfolg versprechen, da die erste Vorbedingung hierfür, eine völlige Klarstellung des ätiologischen Moments, noch nicht erfüllt zu sein scheint. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

308. **Einiges über Gasphlegmone und Gasgangrän;** von E. Jacobsohn. (D. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 685.)

Kasuistische Beiträge seltenerer Formen und Lokalisation jener Infektion: 1. Gasphlegmone ohne Schußverletzung, lediglich nach der Abzeßinzision; Lazarettinfektion? 2. Metastatische Gasgangrän. 3. Gasphlegmone des Gehirns.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

309. **Zur Kasuistik der Gasphlegmone;** von Hodesmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 687.)

Beschreibung eines Falles, in dem nach einer frischen Schußverletzung sich um einen $1^3/_4$ Jahre alten, steckengebliebenen Granatsplitter eine Gasphlegmone entwickelte. Da zwischen frischer Wunde und Gasphlegmone ein größerer Bezirk normalen Gewebes lag, handelt es sich hier wahrscheinlich um das Aufflackern einer latenten Gasbazilleninfektion. Der Fall ist von nicht unerheblichem theoretischen und praktischen Interesse.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

310. **Pathogenese und Klinik der Gasbazilleninfektion;** von Wirting. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 141. H. 1 u. 2. S. 1. 1917.)

Die Erfahrungen W.s bauen sich auf rund 450 Fällen von Gasbazilleninfektion auf. Die Gasbazilleninfektion ist ganz vorwiegend als eine primäre Infektion aufzufassen, d. h. die Gasbazillen dringen mit dem Geschoß ein, aber es ist nicht das Geschoß als solches primär infiziert, sondern es infiziert sich erst auf dem Wege zum Ziele, und zwar stets mit erdigen Bestandteilen in dieser oder jener Form. Die Hauptinfektionsquelle ist die, daß das Geschoß mit Erde beschmutzte Kleidungsstücke durchsetzt und Fetzen mitreißt. Die die Anaërobeninfektion begünstigende Eigenart der Schußwunde besteht in der mehr oder weniger umfangreichen Abtötung und Zertrümmerung des Gewebes um den Schußkanal, um den hier und in der Umgebung gesetzten Blutergüssen, sowie in der mangelhaften Blutversorgung der betroffenen Teile. Ausgeblutete und Kollabierte neigen besonders zu schweren Infektionen. Die Trümmerfrakturen der Extremitäten in muskelreichen Gebieten, also besonders am Oberschenkel, neigen am meisten zur Infektion. Bei diesen Wunden ist die vorbeugende aktive Wundversorgung von besonderer Wichtigkeit: Entfernung alles Abgestorbenen und mangelhaft Ernährten, mechanische Antisepsis usw. Unsere therapeutischen Maßnahmen gleichen im wesentlichen zunächst denen der aktiven vorbeugenden Wundversorgung; nur müssen sie energischer angewendet werden: Fortschaffen des abgestorbenen und absterbenden Gewebes; mechanisch gut offene und zugängliche Wundverhältnisse, um die anaëroben Bedingungen zu beseitigen; gute Durchblutung, um Sauerstoff zuzuführen; Vermeidung jeglicher unnützer Gewebsverletzung und gute Blutstillung; Entleerung des Gewebes von Gas und den Toxinen; und in letzter aber nicht zu später Linie radikale Entfernung des ganzen Krankheitsherdes durch Absetzung des Gliedes, um die bedrohliche Toxämie auszuschalten. Über die Serumbehandlung läßt sich noch kein abschließendes Urteil abgeben. Wagner (Leipzig).

311. **Über Gaswundinfektionen;** von E. Rychlik. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 1310.)

Nach seinen Erfahrungen hält R. von der Ätiologie der Gasbrandinfektionen folgendes für erwiesen: 1. Gasinfektionen: Gasabszeß, Gasphlegmone, malignes Ödem und Gasbrand sind eine einheitliche, durch spezifische Infektion mit dem Gasbrandbazillus hervorgerufene Erkrankung. 2. Das klinische Bild der Krankheit wird beeinflußt einerseits von der Form des infizierenden spezifischen Bazillus, andererseits und hauptsächlich von der in der Mehrzahl der Fälle vorhandenen Mischinfektion. Zur Entstehung von Gasbrand genügt die Infektion durch den Gasbazillus allein noch nicht; bei dieser kommt es zumeist nur zur Bildung eines Gasabszesses. Zur Entwicklung von Gasphlegmonen muß noch eine Reihe weiterer Vorbedingungen erfüllt sein: lokale Disposition des Gewebes, Mischinfektion, Luftabschluß. Die Bedingungen für die Entstehung von Gasbrandinfektionen sind dieselben, wie für die des Tetanus. R. beobachtete in 3 Fällen von Gasbrand das Hinzukommen von Tetanus. Klinisch zeigt sich Gasinfektion als Gasabszeß, Gasphlegmone, malignes Ödem und Gasbrand. Am häufigsten kommt der Gasabszeß vor. Durch Fortschreiten der Infektion kann diese Form in Gasphlegmone übergehen; R. unterscheidet hier die gasbildende — stets mächtiges Hautemphysem — und die toxische Form. Beide Formen entwickeln sich oft auch gleichzeitig. Die schwerste Form ist der Gasbrand. Nur bei der Minderzahl der Fälle ist das charakteristische Hautemphysem und die Gangrän der Muskulatur vorhanden, während die Mehrzahl der Gasinfektionen ohne diese charakteristischen Merkmale verläuft, ohne die wir uns Gasinfektion früher gar nicht vorstellen konnten. *Therapeutisch* empfiehlt R. ganz besonders die Carrelsche Methode: breite Spaltungen, Exzision der jauchigen Muskulatur; Drainrohr bis in den tiefsten Winkel der Wunde, das an einen für Tropfvorrichtung eingerichteten Irrigator angeschlossen wird. Die nur mit einer einfachen Mullage bedeckten Wunden werden ununterbrochen mit Dakinlösung berieselt.

Wagner (Leipzig).

312. **Über offene und ruhende Gasinfektion;** von G. Marwedel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 25. S. 771; Nr. 26. S. 803; Nr. 27. S. 836.)

Als Erreger der Gasinfektion kommt in erster Linie der Fraenkelsche Gasbazillus (Bacillus phlegmonis emphysematosae) in Betracht. Ein Teil der unter anderem Namen gehenden Erreger (Bazillus aerogenes capsulatus, Bacillus perfringens) sind mit ihm identisch; eine Reihe anderer, kulturell und morphologisch andersartiger Anaërobier werden von Conradi, Aschoff usw. auch für die Gasinfektion verantwortlich gemacht; wie weit mit Recht, mag dahingestellt bleiben. Über die Nomenklatur der verschiedenen Formen der Gasinfektion herrscht noch eine bedauerliche Uneinigkeit. M. unterscheidet folgende *2 Hauptgruppen: 1. Die örtlich begrenzte, gutartige Form der Gasinfektion* (Synonyma: Gaswunde, Phlegmone mit Gas, Gasabszeß) und 2. *die fortschreitende, bösartige Form, der Gasbrand.* Natürlich sind fließende Übergänge zwischen diesen beiden Formen; der springende Punkt bei dieser uns recht zweckmäßig erscheinenden Einteilung ist eben der, daß es sich bei der ersten Form um einen lokalen Prozeß handelt, wobei die Gasentwicklung lediglich im Wundsekret stattfindet, während bei der fortschreitenden Form der anaërobe Erreger in der Muskulatur einen sehr zusagenden Nährboden findet; zumeist sind die Extremitäten befallen; ist die Zirkulation in dem betreffenden Glied durch Verletzung oder Unterbindung von Gefäßen gestört, so entwickelt sich rasch das Bild der Gasgangrän. Da der Muskel am häufigsten und schwersten von der Infektion befallen wird, pflegen auch die Gasinfektionen der Extremitäten am häufigsten zu sein und gerade die Verletzungen der muskulösesten Körperpartien zu den schwersten Erkrankungsformen Anlaß zu geben. Gasinfektionen des Gehirns gehören zu den großen Seltenheiten; solche der Lunge sind verschiedentlich beschrieben, aber zumeist handelte es sich wohl sicher um putride Infektion mit anderen Anaërobiern. Gasinfektionen der Gelenke sind sicher beobachtet, aber äußerst selten. — Während es nun in 2—3% aller Verletzungen zu einer manifesten Gasinfektion kommt, scheint die latente Infektion der Wunden, besonders des Wundsekrets offener Wunden, wesentlich häufiger zu sein. Von ganz besonderer Bedeutung ist nun die Tatsache, daß die Gasbranderreger auffallend oft Anlaß zu *latenten Infektionen* geben, d. h. vollkommen reaktionslos mit Geschoßteilen und anderen Fremdkörpern, aber auch ohne solche, einheilen können, ohne jedoch ihre Fähigkeit, virulente Infektionen zu verursachen, dabei einzubüßen; bei späteren operativen Eingriffen (Geschoßextraktionen usw.), zumal bei solchen, die mit Zirkulationsstörungen einhergehen, kann es dann zu dem klinischen Bild der Gasinfektion kommen. Metastasenbildung bei Gasinfektionen kommen vor, sind aber recht selten. Zur Verhütung der Gefahren der ruhenden Gasinfektion empfiehlt M. bei etwa notwendigen operativen Eingriffen Vorbehandlung der Wunden mit Chinin, noch besser mit Quarzlampenbestrahlung, sowie Operation *ohne* Blutleere und breites Offenlassen der Wunde nach der Operation. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

313. **Über Erysipeloid und seine Behandlung;** von H. Frank. (D. med. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1231.)

F. macht darauf aufmerksam, daß die Behandlung der Erysipeloide mit 10proz. Jodtinktur nicht nur schnellen Erfolg bringe, sondern damit auch die diagnostische Unterscheidung von Erysipel in zweifelhaften Fällen erleichtere.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

314. **Eine Knochen- und Sehnenplastik;** von Groß. (D. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 689.)

In einem Falle von schwerer Handverletzung (Verlust mehrerer Handwurzel- und fast aller Mittelhandknochen), wo von anderen Ärzten die Amputation der Hand empfohlen war, konnte Gr. durch eine größere Plastik eine etwas brauchbare Hand erzielen. Und zwar teils durch Sehnenplastiken, teils durch Ersatz der fehlenden Mittelhandknochen durch die Grundphalanx des 5. Fingers, welcher doch amputiert werden mußte. Dieses frei transplantierte Knochenstück wurde quer in die Gegend der Mittelhandknochen verpflanzt.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

315. **Operationen nach Eiterungen in Weichteilen und Knochen;** von R. Bakke. (D. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 684.)

In gewissen Fällen sind Operationen bei noch bestehender Eiterung an Weichteilen und Knochen berechtigt, vorausgesetzt, daß gewisse Vorsichtsmaßregeln beobachtet werden. Hierzu gehören zweizeitig ausgeführte Operationen, keine Verwendung von Fremdkörpermaterial, Entnahme von autoplastischem Material (Knochenstücke usw.) aus der Umgebung der Wunde. Es gelingt in solchen Fällen ebenso rasche

Heilung zu erzielen, als wenn man erst die völlige Verheilung der Wunden abwartet.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

316. **Over de behandeling van spataderen met de spiraalsnede volgens Rindfleisch-Riedel;** van W. P. J. Hoogveld. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1743.)

Nach einer kurzen Literaturübersicht und technischen Einführung berichtet H. über das operative Vorgehen und die Resultate der Rindfleisch-Riedelschen Spiralschnittbehandlung der Varizen an 19 Patienten des Rotterdammer Gemeinde-Krankenhauses. Der jüngste Fall liegt 2 Jahre, der älteste etwa $8^1/_2$ Jahre zurück. Bei 8 Patienten wurde die Operation doppelseitig ausgeführt. Die mittlere Behandlungsdauer war 93 Tage. 13 Patienten kamen zur Nachuntersuchung. Der Erfolg war vortrefflich. Alle waren beschwerdefrei und wieder vollkommen arbeitsfähig nach 2—8 Wochen nach der Operation. Beingeschwüre blieben dauernd verheilt. Sensibilitätsstörungen sind nicht nachzuweisen. Von dem tiefeinschneidenden Narbengewebe, das nach Riedel einen Damm zwischen den durchschnittenen Gefäßen bilden soll, und dies auch bei der Entlassung aus dem Krankenhause noch tut, ist jedoch nichts als oberflächliches, verschiebliches, flach-atrophisches Narbengewebe übrig geblieben. Nur an elephantiastisch veränderten Gebieten bleibt es tiefer und fester. Wo sich einzelne neue Adern gebildet hatten, wurden diese regelmäßig in der obersten Windung angetroffen, ausgehend von Adern oder Gefäßerweiterungen über der ersten Windung gelegen. In Fällen mit positivem Trendelenburgschen Symptom hätte folglich die Unterbindung der Saphena am Oberschenkel nicht unterbleiben dürfen. Die erste, obere Windung ist die wichtigste und schützt die folgende. Sie muß infolgedessen oberhalb der zuhöchst gelegenen sichtbaren Gefäßerweiterung angelegt werden. Primäre Wundheilung ist verwerflich und durch die Nachbehandlung ist viel eher sekundäre Heilung mit starker, tief einschneidender Narbenbildung anzustreben. — 4 photographische Abbildungen auf 1 Tafel.

Lamers (Herzogenbusch).

317. **Der Spiralschnitt;** von K. Schläpfer. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 36. S. 817.)

Der von Payr eingeführte sog. *Spiralschnitt* ist der Schnitt der Wahl bei Operationen an den Gliedmaßen, wo eine Hautpartie exzidiert werden muß und der gesetzte Defekt unter möglichst günstigen Bedingungen zu lineärer Vernarbung gebracht werden soll. Der Spiralschnitt ist der Schnitt der Wahl in allen Fällen, wo nach Beseitigung einer Zwangsstellung — Kniegelenkskontraktur — oder Deformität einer Gliedmaße — Hammerzehe — bei Wiederkehr der normalen Stellung der Skeletteile eine Hautretraktion zu erwarten ist zwecks Ermöglichung der lineären Vereinigung der Haut, eventuell unter vorübergehender Belassung der Gliedmaße in einer Zwischenstellung bis zur Hautwundrandverheilung und sekundärer Überführung in die volle Korrektionsstellung mittels Bewegungsübungen. Wagner (Leipzig).

318. **Funktionsprüfung unterbundener und genähter Schlagadern;** von P. Graf. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. S. 36. 1917.)

Gr. konnte an einem allerdings nicht großen Material mittels des Hyperämieversuchs feststellen, daß die genähten Fälle sich *funktionell* kaum anders verhalten als die unterbundenen. Der Hyperämieversuch besteht darin, daß an beiden entsprechenden Extremitäten, also beispielsweise an beiden Oberarmen, genau gleichzeitig eine Esmarchsche Binde angelegt wird; nach kurzem Warten wird ebenfalls genau gleichzeitig die Binde an beiden Gliedern abgenommen; es tritt nun bei Gesunden zu genau der gleichen Zeit — nach wenigen Sekunden — an den peripheren Gliedabschnitten (Hand-, Fußrücken) die Rötung wieder auf. Bei Gefäßverletzungen (Unterbindungen, Aneurysmen usw.) tritt nun eine Verzögerung der Blutfüllung ein; die gleiche Feststellung konnte Gr., wie erwähnt, nach Gefäßnähten machen.

Bei Nervenlähmungen an der betreffenden Extremität wird eine etwas schnellere Blutfüllung als auf der gesunden Seite beobachtet. Die Bedeutung dieser Funktionsprüfung besonders vor der Operation von Aneurysmen usw. liegt auf der Hand.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

---

319. **Erfolgreiche Operation einer Kleinhirn-Brückenwinkel-Geschwulst im Felde;** von H. Küttner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 513.)

K. operierte in einem im Operationsgebiet liegenden Marinelazarett bei einem Soldaten einen fast apfelgroßen Kleinhirnbrückenwinkeltumor mit typischem Symptomenkomplex. Die zweizeitig ausgeführte Operation hatte vollen Erfolg; es gelang, den großen Tumor, der sich als ein Sarkom erwies, völlig zu entfernen; der Mann wurde in guter Heilung entlassen. Der Umstand, daß so große chirurgische Eingriffe in den Lazaretten dicht hinter unserer Front erfolgreich ausgeführt werden können, ist ein erfreulicher Beweis für die vorzügliche technische Einrichtung unserer Frontlazarette und die gute spezialärztliche Versorgung derselben. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

320. **Motorische Aphasie. Trepanation. Heilung;** von H. Michelitsch. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 37. S. 833.)

Bei dem durch eine Lawine verschütteten Soldaten handelte es sich um ein subdurales Hämatom, verursacht durch eine Zerreißung der Art. cerebri media im Gebiet der linken unteren Stirnwindung, dem Sitze des motorischen Sprachzentrums. Die Folge war eine rein motorische Aphasie, wie sie selten zur Beobachtung kommt, also eine gänzliche Unfähigkeit, Worte zu bilden, während das Wortverständnis, die sensorische Komponente, unversehrt geblieben war. In den Vordergrund waren die Symptome einer schweren Hirnerschütterung getreten, die in der tiefen Bewußtlosigkeit, Sopor und Koma, bei verlangsamter Atmung und Herztätigkeit, ihren Ausdruck fanden. Das kurze Intervall relativen Bewußtseins dürfte wohl auf den günstigen Einfluß der Lumbalpunktion und auf die dadurch herbeigeführte Hirndruckentlastung zu beziehen sein. Jedoch genügte diese Druckherabsetzung für länger nicht, erst die Trepanation und die Entfernung des Hämatoms, sowie die Unterbindung eines spritzenden Astes der Art. cerebri media führten zum gewünschten Ziele. Es trat mit der Zeit vollkommene *Heilung* ein. Wagner (Leipzig).

321. **Grundsätzliches in der Behandlung der Schädelschüsse;** von H. Simon. (Med. Klin. 1917. Nr. 2. S. 39.)

Die *primäre Wundrevision* ist bei der Mehrzahl der Schädelschüsse indiziert, insbesondere bei den Tangentialschüssen stärkeren Grades, weniger bei den Segmental- und Diametralschüssen. Die Erweiterung der Knochenschußöffnung, Entfernung der Knochensplitter und etwaiger Fremdkörper sind die Haupt-

erfordernisse bei der Operation. Das Einlegen eines Drains in die zertrümmerte Hirnsubstanz ist wohl stets zu empfehlen, da die Wunden beinahe immer als infiziert anzusehen sind. Deutlich infizierte Hirnwunden sind ausgiebigst zu eröffnen und offen zu halten, während bei der primären Wundrevision der teilweise Verschluß der Wunde sich meist durchführen läßt. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

322. **Erfahrungen auf dem Gebiete der Uranoplastik;** von W. Rosenthal. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. S. 50. 1917.)

Bei Gaumendefekten nach Schußverletzungen kommt man naturgemäß mit den üblichen Verfahren der Uranoplastik (Langenbeck usw.) nicht aus. Unter den von R. beschriebenen Fällen wurden die Defekte teils durch Lappen der Mundschleimhaut gedeckt, teils durch gestielte Lappen aus der ganzen Dicke der Wange; außerdem waren in den Fällen meist noch schwierige Kieferknochen- und Zahnkorrekturen nötig. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

323. **Eine neue Methode zur operativen Behandlung der doppelseitigen Hasenscharte mit prominentem Zwischenkiefer;** von H. Matti. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 38. S. 859.)

Die durch Prominenz des Zwischenkiefers komplizierten doppelseitigen Hasenscharten werden heutzutage allgemein in der Weise operiert, daß zunächst die Rücklagerung des Zwischenkiefers nach v. Bardeleben vorgenommen und nachher die Oberlippenplastik nach Mirault, König oder Hagedorn angeschlossen wird. Diese plastischen Methoden verwenden für die Bildung einer einheitlichen Oberlippe das auf dem Zwischenkiefer liegende Oberlippenrudiment, das sog. Philtrum. M. verzichtet auf die Verwendung des Philtrums zur Oberlippenplastik und verwendet das Mittelläppchen zur Bildung eines höheren, häutigen Nasenseptums, in der Absicht, dadurch die als Folge der Rücklagerung des Zwischenkiefers eintretende Abplattung der Nase zu kompensieren. Nach hinreichender Ausbildung der Technik sind die Resultate sehr befriedigend.
Wagner (Leipzig).

324. **Zur Frage der Vertebralisunterbindung;** von H. Küttner. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 36. S. 822.)

Entgegen K. hat Drüner empfohlen, die Art. vertebralis zwischen Atlas und Epistropheus zu unterbinden. Gewiß kann man die Arterie auch an dieser Stelle unterbinden und das Drünersche Verfahren ist dafür sicher sehr geeignet. Der Grund aber, warum K. gerade die Freilegung der periphersten Strecke der Arterie in der Subokzipitalgegend empfahl, ist ein zweifacher: 1. Diese Strecke ist trotz ihrer Kürze ganz besonders häufig, in fast 40% aller Fälle verletzt. Für diese Läsionen aber genügt die Drünersche Ligatur zwischen Atlas und Epistropheus nicht, weil sie die rückläufige Blutung unberücksichtigt läßt. 2. Wenn einmal bei einer Vertebralisverletzung ausnahmsweise eine direkte Blutstillung an der Verletzungsstelle selbst nicht möglich ist und deshalb die typische Unterbindung am Orte der Wahl unterhalb des Tuberculum carotideum ausgeführt wird, so muß dieser zentralen Ligatur wegen des hochentwickelten Kollateralkreislaufes unbedingt eine periphere typische Unterbindung zugefügt werden, die am besten im periphersten subokzipitalen Abschnitte geschieht. Jeder Ligatur am Orte der Wahl ist die Unterbindung an der verletzten Stelle selbst unbedingt vorzuziehen. Wagner (Leipzig).

325. **Zur Frage der plastischen Ausfüllung von Hohlräumen bei der Operation chronischer Empyeme;** von C. Vidakovich. (Zentralbl. f. Chir. Nr. 45. S. 985.)

Bei einem alten, einer Retraktion nicht fähigen Thorax ist die Verödung der Höhle durch Operation viel schwieriger, als bei jugendlichen Kranken. Es muß eine entsprechend ausreichende, biegsame Schwarte vorhanden sein, um ohne Resektion der obersten Rippen, Schulterblatt und Schlüsselbein die Höhle damit ausfüllen zu können. Bei sehr alten Empyemen mit spröder Schwarte wird man wohl immer etwas von diesen Gebilden opfern müssen. Zur Ausfüllung der Resthöhle kann die an der Skapula inferierende Muskulatur sehr gut verwendet werden. Es kommen hauptsächlich der M. latissimus dorsi, der M. serratus anterior und die bei Resektion der Skapula ihrer harten Unterlage beraubten Muskeln in Betracht. Wagner (Leipzig).

B. Bücherbesprechungen.

31. **Kurzes Repetitorium der medizinischen Terminologie.** 3. Aufl. Medizinisches Taschenwörterbuch. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 210 S. (3 Mk., geb. 3 Mk. 60 Pf.)

In altbewährter Form der Br.schen Repetitorien ein Vademecum für Ärzte, Studenten und auch den gebildeten Laien, für den es heute beim Lesen häufig schwer ist, die eingestreuten medizinischen Ausdrücke zu verstehen, wie auch dem Mediziner selbst manchmal Ausdrücke fehlen. Cordes (Berlin).

32. **Vom vorzeitigen Altern;** von J. F. Kapp. Stuttgart 1917. 96 S. m. 32 Abb. (Kart. 4 Mk., brosch. 3 Mk.)

In übersichtlicher Weise wird geschildert, wie der Mensch altert, was alles dazu beiträgt, ihn vorzeitig altern zu lassen; zugleich werden auch Fingerzeige gegeben, wie das vorzeitige Altern verhütet werden kann. Bei all dem Guten, was das Buch bringt, wird man es K. auch verzeihen, wenn er zum Schluß etwas zu sehr pro domo spricht, soweit es seine Panthorminbehandlung und seine Erfolge in gesichtsplastischen Operationen angeht. Fischer-Defoy (Dresden).

33. **Fortschritte und Wandlungen in der Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes 1906/15;** von K. Heil. I. Teil. Physiol., Diätetik u. Stillgeschäft. (Mitt. z. Gebh. u. Gyn. f. d. Prax. H. 7. 1917.) Leipzig 1917. Repert.-Verl. 22 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Kurzer Bericht über die einschlägige Literatur. Vom Frühaufstehen sei man sehr zurückgekommen. Eine Abnahme der Stillfähigkeit im anatomischen Sinne existiere nicht. Die wirtschaftlichen Verhältnisse seien das größte Hindernis für das Stillen. Es gibt keine Laktagoga. Bei Ammen ist auch die Milch nach Wassermann zu untersuchen.
Klien (Leipzig).

34. **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** Ein Handbuch für Ärzte von Ad. Czerny und A. Keller. Neunte Abteilung. II. Band. (Schluß des Werkes.) Wien 1917. Franz Deuticke. 381 S. mit 43 Abb. (18 Mk.)

Mit dem vorliegenden Band bringen O. u. K. ihr, man darf wohl sagen monumentales Werk zum Abschluß, dessen Bedeutung diejenigen vielleicht am meisten zu würdigen verstehen, welche die Geschichte der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren miterlebt haben. Es ist nicht allein die souveräne Beherrschung der in fortwährendem Fluß befindlichen Materie, als besonders die unbeirrbare Objektivität und die sachliche Kritik, welche dem Werk seine besondere Bedeutung verleihen. Im vorliegenden Heft werden zunächst die Ernährungsstörungen durch angeborene Fehler im Bau des Körpers zum Abschluß gebracht. Den Hauptteil bildet eine großartige kritische Zusammenstellung derjenigen Arbeiten, welche sich mit dem Stoffwechsel des ernährungsgestörten Kindes befassen. Hier kommen die oben erwähnten Vorzüge der Darstellung zu vollster Geltung. Das Werk, welches der deutschen Kinderheilkunde zur Zierde und Ehre gereicht, wird für lange Zeit die Grundlage bilden für alle, welche sich mit der Ernährung des gesunden und kranken Kindes theoretisch und praktisch befassen wollen.

Brückner (Dresden).

35. **Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause;** von C. Hochsinger. Vierte Auflage. Wien 1917. Franz Deuticke. 270 S. mit 21 Abb. (6 Mk. 50 Pf.)

Die neue Auflage des bekannten Buches ist nur wenig verändert. Wohlhabende und gebildete Eltern, für welche es geschrieben ist, finden darin Antwort wohl auf jede Frage der kindlichen Gesundheitspflege. H. ist ein vorsichtiger, in mancher Hinsicht allzu vorsichtiger Berater. Das verleitet ihn zuweilen zu Ratschlägen, welche über das Notwendige hinausgehen, ja nicht immer zu billigen sind. Es ist z. B. nicht einzusehen, weshalb ein gesundes Kind bis zum Schluß des 3. Lebensjahres nichts anderes als Milch, eingekochte Fleischbrühen, mehlhaltige Substanzen, welche in Milch verkocht sind, und „passierte" Obst- und Gemüsespeisen erhalten soll. Der Abschnitt über die natürliche Ernährung bedarf nach mancher Richtung hin der Verbesserung. Brückner (Dresden).

36. **Die künstliche Höhensonne (Quarzlampe) in der Medizin;** von K. Wagner. 2. Aufl. Graz 1917. Deutsche Vereins-Druckerei und Verlagsanstalt. 530 S. mit 16 Tafeln. (Brosch. 16 Mk. 50 Pf., geb. 19 Mk. 50 Pf.)

In der bisherigen, allerdings schon sehr umfangreichen Literatur über die Therapie mit der künstlichen Höhensonne sind vorwiegend die rein praktischen Fragen erörtert worden, während die theoretische Seite der biologischen, biochemischen und biophysikalischen Grundlagen für die Wirkungsmöglichkeit der aktinischen Strahlen recht stiefmütterlich behandelt worden ist. Hier bringt W.s Buch Abhilfe. Mit dem allgemeinen Teil gibt er die Grundlage zu wirklich wissenschaftlicher Forschung, die Möglichkeit von der Empirie zur systematischen Ausbildung der Therapie mit der künstlichen Höhensonne fortzuschreiten. Der besondere Teil bringt dann nach einer Beschreibung der Höhensonne selbst, des Spektrums und der Technik die einzelnen Krankheiten, für die eine Therapie mit der Höhensonne in Frage kommen kann. Innere und Hautkrankheiten nehmen den weitaus größten Raum ein, in der Chirurgie sind es die Wundbehandlung und die Erfrierung, welche in Frage kommen, auch Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten sowie Nerven- und Augenerkrankungen finden Berücksichtigung, endlich auch die Gynäkologie. Eine Anzahl Abbildungen erläutern die erzielten Erfolge. Das Buch wird in der Bibliothek keines Lichttherapeuten fehlen dürfen, es dürfte wohl das zur Zeit vollständigste über dieses Thema sein. Brauns (Dessau).

37. **1. Furunkulosis und andere kokkogene Hautleiden;** von S. Jessner. 2. verb. Aufl. Würzburg 1918. Kurt Kabitzsch. 99 S. (Brosch. 2 M. 40 Pf.)

2. Bartflechten und Flechten im Barte; von S. Jessner. 3. Aufl. Ebenda Heft 10. (Brosch. 1 Mk. 40 Pf.)

Wie immer, wenn Heftchen dieser Vortragsreihen erscheinen, kann deren Lektüre nur bestens empfohlen werden. Bei dem angenehm flüssigen Stile J.s ist das keine Arbeit, sondern ein Genuß. Zu einer Zeit, wo die kokkogenen Hautentzündungen und Bartflechten so sehr überhand genommen haben, werden sich beide Hefte reger Nachfrage erfreuen dürfen. Findet doch der Praktiker alles Wissenswerte knapp vereinigt, ergänzt bis auf die Errungenschaften der letzten Monate. So sei als Beispiel nur erwähnt, daß der Trichophytinbehandlung bereits gedacht wird.

Brauns (Dessau).

38. **Das Fletschern und die Magenfrage;** Ernährungs-ABC als Grundlage aller Körperkultur. Von A. von Borosini. *Erster Teil.* 2. verm. Aufl. Dresden 1917. Holze & Pahl. 83 S. (Geh. 2 Mk., geb. 2 Mk. 85 Pf.)

v. B., Lehrer der Körperästhetik (Weißer Hirsch) — auf anderen von ihm verfaßten Broschüren nennt er sich Lehrer für Diätetik in München, Lehrer für diätetische Körperkultur — schrieb diese populäre Broschüre in dem Stil des Naturarzt-Buches für die Laien. Ärzte werden daraus nicht viel Belehrung schöpfen. Das Wesentliche wird wohl erst in dem 2. Teile kommen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

Büchereingänge.

Alle der Redaktion zur Besprechung eingesandten Bücher werden hier aufgeführt. Eine anderweitige Verpflichtung kann die Redaktion nicht eingehen; sie behält sich in jedem Falle die Besprechung des Buches vor.

Arbeiten einer vom Ärztlichen Verein München eingesetzten Kommission. Zur Erhaltung u. Mehrung der Volkskraft. München 1918. J. F. Lehmann. 207 S. (4 Mk.)

Bandelier und **Roepke,** Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose für Ärzte und Studierende. 9. Auflage. Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. 448 S. mit 25 Temperaturkurven auf 7 lithogr. Tafeln, 2 farb. lith. Tafeln u. 6 Textabb. (Brosch. 16 Mk., geb. 18 Mk. 40 Pf.)

Bang, J., Lehrbuch der Harnanalyse. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 151 S. mit 3 Textabb. (Geb. 7 Mk. 60 Pf.)

Bartel, J., Pathogenese der Tuberkulose. Mit einem Anhang: Der Tuberkelbacillus. Von W. Neumann. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 80 S. (5 Mk.)

Becker, R., Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung. Zürich 1918. Speidel & Wurzel. 27 S. (Brosch. 1 Mk. 20 Pf.)

van den Bergh, und **A. A. Hymans,** Der Gallenfarbstoff im Blute. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 111 S. mit 3 Abb. (5 Mk.)

Birnbaum, K., Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 77 S. (3 Mk. 60 Pf.)

Bösch, A., Orthopädisches Heimturnen. I. Band: Für Armverletzte. Wien 1918. E. Pichlers Wwe. & Sohn. 121 S. mit 6 Taf. u. 68 Abb. (5 Mk.)

Brauer, L., Die Ruhr, ihr Wesen und ihre Behandlung. Berlin 1918. Fischers medizin. Buchh. 115 S. (4 Mk. 50 Pf.)

Brückmann, R., Schule und Elternhaus im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nebst einem Anhang über die Geschlechtskrankheiten auf Grund der neuesten Forschungen zusammengestellt. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 24 S. mit 3 Fig. (Brosch. 50 Pf.)

Busse, O., W. Silberschmidt und **H. Meyer-Rüegg,** Krebskrankheit. (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen.) Heft 4. Zürich 1918. Rascher & Cie. 70 S. mit 3 Abb. im Text u. 3 auf Taf. (Brosch. 2 Mk. 80 Pf.)

Christian, M., Psycho-physiologische Berufsberatung der Kriegsbeschädigten. Leipzig 1918. Leopold Voß. 80 S. (3 Mk. 50 Pf.)

Czerny, A., und **A. Keller,** Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. 9. Abt. II. Band. Wien 1918. Verlagsbuchh. Franz Deuticke. 830 S. mit 43 Abb. im Text. (18 Mk.)

Ertl, J. v., Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte. Osteo-periostale Plastik. Gesichtsplastik. — Transplantation. — Transplantation mit biegsamem Transplantat. Beiträge zur Biologie der Knochen-Transplantation. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 168 S. mit 101 Textabb. u. 35 Taf. (Brosch. 24 Mk., geb. 28 Mk.)

Fischer-Defoy, Schlafen und Träumen. Stuttgart 1918. Franckhsche Verlagshdlg. 91 S. (1 M. 25 Pf.)

Franke, A., Leitfaden für die chemischen Übungen der Studierenden der Medizin. Wien 1917. Franz Deuticke. 97 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Frisch, K. v., Sechs Vorträge über Bakteriologie für Krankenschwestern. Wien 1918. Alfred Hölder. 91 S. mit mehreren Abb.

Hirschfeld, M., Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. II. Teil: Sexuelle Zwischenstufen. (Das männliche Weib und der weibliche Mann.) Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 279 S. mit 20 Photographien auf 7 Tafeln. (Geh. 15 Mk. 40 Pf., geb. 17 Mk. 60 Pf.)

Kaiserling, O., Repetitorium der Massage als Vademekum für Studierende und Ärzte. 2. Auflage. Leipzig 1917. Joh. Ambr. Barth. 31 S. (Brosch. 1 Mk. 20 Pf. geb. 1 Mk. 90 Pf.)

Kammer, P., Geschlechtsbestimmung und Geschlechtsverwandlung. Wien 1918. Moritz Perles. 92 S. mit 16 Abb. (4 Kr.)

Kißkalt, Karl, Bernhard Fischers kurzgefaßte Anleitung zu den wichtigeren hygienischen und bakteriologischen Untersuchungen. 3. umgearb. Auflage. Berlin 1918. August Hirschwald. 231 S. (11 Mk.)

Koranyi, A. v., Krankheiten der Harnorgane. *P. Fürbringer:* Impotenz und krankhafte Samenverluste. (5. Heft: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.) Leipzig 1918. Georg Thieme. 180 S. mit 17 Textabb. (7 Mk. 50 Pf.)

Kulenkampff, D., Kurzes Repetitorium der Chirurgie. I. Teil. Allgemeine Chirurgie. Vierte umgearb. Aufl. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 181 S. mit 9 Abb. im Text. (4 Mk., geb. 4 Mk. 60 Pf.)

Kulenkampff, D., Kurzes Repetitorium der Chirurgie. II. Teil. Operationslehre. Dritte, völlig neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 195 S. mit 16 Abb. im Text. (4 Mk., geb. 5 Mk. 60 Pf.)

Lipschütz, A., Probleme der Volksernährung. Eine Untersuchung über die Entwicklungstendenzen der Ernährungspraxis und der Ernährungswissenschaft. Bern Akad. Buchh. von Max Drechsel. 74 S. (ord. 3 Mk. 10 Pf.)

Lipschütz, A., Über den Einfluß der Ernährung auf die Körpergröße. Bern 1918. Akad. Buchh. von Max Drechsel. 32 S. mit 8 Abb. (Brosch. 2 Mk.)

Maeder, A., Heilung und Entwicklung im Seelenleben. Die Psychoanalyse, ihre Bedeutung für das moderne Leben. (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen.) Heft 7. Zürich 1918. Rascher & Co. 71 S. (Brosch. 2 Mk.)

Mann, F., Die Pflege der Wöchnerin und des Säuglings. Unterrichtsbuch für Wochenbettpflegerinnen. 3. verbesserte Aufl. Paderborn 1917. Junfermannsche Buchh. 163 S. (Geb. 3 Mk.)

Muck, O., Beobachtungen und praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der Kriegsneurosen der Stimme, der Sprache und des Gehörs. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 46 S. (2 Mk. 80 Pf.)

Nobl, G., Der variköse Symptomenkomplex (Phlebektasie, Stauungsdermatose, Ulcus cruris.), seine Grundlagen und Behandlung. 2. umgearb. u. erweit. Aufl. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 324 S. mit 139 farb. Abb. im Text, 3 farb. u. 2 schw. Taf. (Brosch. 15 Mk., geb. 18 Mk.)

Piorkowski, M., Serodiagnostik. Kurze Zusammenstellung der biologischen Reaktionen nebst einem Anhang über die wichtigsten Protozoen. Berlin 1918. Verlagsbuchh. Rich. Schoetz. 61 S. mit 11 Abb. (2 Mk. 50 Pf.)

Rieder, H., und **J. Rosenthal,** Lehrbuch der Röntgenkunde. Drei Bände. II. Band. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 508 S. mit 344 Abb. im Text u. 5 Taf. (Brosch. 27 Mk., geb. 30 Mk.)

Schönemann, A., Ohr, Nase und Nasennebenhöhlen durch Rekonstruktionsplastiken dargestellt. Ein Leitfaden für praktische Ärzte, Spezialärzte und Studierende. Bern 1918. K. J. Wyß' Erben. 36 S. mit 31 Tafeln. (6 Mk.)

Schwarz, A., Repetitorium der Arzneiverordnungslehre zum Gebrauche für Studierende der Medizin sowie als Handbuch für den praktischen Arzt. 3. umgearb. Auflage. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 243 S. (Brosch. 6 Mk., geb. 6 Mk. 60 Pf.)

Steiner, M., Die psychischen Störungen der männlichen Potenz. 2. Auflage. Wien 1917. Franz Deuticke. 57 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Szily, A. v., Atlas der Kriegsaugenheilkunde. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 2. Lieferung. S. 195—354. Tafel 16—47. (Brosch. 20 Mk.) 3. Lieferung (Schluß). S. 355 bis 589. Tafel 48—77. (Brosch. 36 Mk.)

Tuberkulosanstalter i Soerige. Stallningen 19¹/₄18. Stockholm 1918. Centraltryckeriet. 100 S. (50 Öre.)

Vischer, A. L., Die Stacheldraht-Krankheit. Beiträge zur Psychologie des Kriegsgefangenen. (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen.) Zürich 1918. Rascher & Co. Heft 5. 55 S. (Brosch. 1 Mk. 60 Pf.)

Vorträge und Aussprachen, gehalten bei der Tagung in München am 27. und 28. Mai 1918. Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft. München 1918. J. F. Lehmann. S. 1—188. (5 Mk.)

Wein, E., Feststellung und Behandlung der tuberkulösen Infektion mittels antitoxischer Heilkörper. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 608 S. (25 Mk., geb. 27 Mk.)

Weyls Handbuch der Hygiene, herausg. von Prof. Dr. A. Gärtner. Dr. *W. Krebs,* „Die Hygiene des Badens". 28. Lief. V. Bd. 3. Abt. S. 485—496 mit 1 Abb. im Text. Baurat *R. Schultze,* „Das deutsche Badewesen der Gegenwart". S. 499—641 mit 113 Abb. im Text. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. (Einzelpreis 10 Mk. 50 Pf., Subskriptionspreis 8 Mk. 40 Pf.)

Winter, G., Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 317 S. (Brosch. 15 Mk., geb. 17 Mk. 50 Pf.)

C. Medizinische Bibliographie des In- u. Auslands.

(Vom 1. Mai bis 31. Juli 1918.)

1. Anatomie.

Adloff, Die Beziehungen zwischen Reptilien-, Beutler- und Plazentaliergebiß. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 4—6. S. 129.

Brunner, H., und G. Schwarz, Einfluß der Röntgenstrahlen auf das reifende Gehirn. Wien. klin. Woch. Nr. 21. S. 587.

Cohen, J. Th. E., Die Morphogenese der oberen Prämolaren. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 2/3. S. 33.

Cords, E., Der Musculus transversus mandibulae. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 4—6. S. 107.

ten Doesschate, G., Über die Retina von Walembryonen. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 8. S. 200.

Donker, P., Über die Beteiligung des N. vagus an der Innervation des Darmes. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 8. S. 195.

Elze, C., Die nervösen Wundernetze der Pars laryngea pharyngis. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 8. S. 205.

Forster, A., Zur Frage nach der Bildung der äußeren Nase beim Menschen. Arch. f. Anat. u. Phys. 1917. H. 4—6. S. 163.

Forster, A., Zur Morphogenese der Inscriptio tendinea des M. semitendinosus. Anat. Anz. Nr. 7. S. 145.

Heidenhain, M., Die Entdeckung der Noniusfelder in der quergestreiften Muskelfaser. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 2/3. S. 49.

Hirschler, J., Über den Golgischen Apparat embryonaler Zellen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 1/2. S. 140.

Keith, A., Harveian lecture on the functional anatomy of the heart. Brit. med. Journ Nr. 2987.

Kolmer, W., Zur vergleichenden Histologie, Zytologie und Entwicklungsgeschichte der Säugernebenniere. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 1/2. S. 1.

Lubsen Nzn., J., Dyspierstelsel en plexus lumbosacralis, vergelykend-morphologisch en segmentaal-anatomisch onderzoek. Inaug.-Diss. Amsterdam, Juni.

Mathes, P., Über Assimilationsbecken und deren Stellung im System. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 110. H. 1/2. S. 309.

Plate, L., Über Drüsen und Lymphknoten in der Ohrfalte der Truthenne und des Auerhahns. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 1/2. S. 208.

Rosenstadt, B., Zellstudien. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 1/2. S. 182.

Ruge, G., Rückwirkungen des frei beweglichen Zustandes der oberen Gliedmaßen auf Organe des Rumpfes. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 4—6. S. 81.

Schiefferdecker, P., Über die Ernährung der Blutgefäßwandung, über Lymphbahnen in derselben und über Epithel, Endothel und Kittsubstanzen. Arch. f. Anat. u. Phys. 1917. H. 4—6. S. 199.

Schumacher, S. v., Bau der äußeren Haut eines Fötus von Hippopotamus amphibius L. Anat. Anz. Nr. 4. S. 165.

Schuscik, C., Zur Verknöcherung der menschlichen Phalangen mit besonderer Berücksichtigung der Endphalanx. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 4—6. S. 118.

Segall, A., Über die Entwicklung und den Wechsel der Haare beim Meerschweinchen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 1/2. S. 218.

Sellheim, H., Die Befestigung der Eingeweide im Bauche überhaupt, sowie bei Mann und Frau im besonderen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 257.

Strandberg, A., Beitrag zur Kenntnis des Chievitzschen Organs. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 8. S. 177.

Trunecek, C., Die Anastomosen zwischen dem kleinen und großen Blutkreislaufe beim Menschen. Klin.-ther. Woch. Nr. 19/20. S. 139.

2. Physiologie.

Adler, A., Über den Druck in der Harnblase, zugleich ein Beitrag zur Funktion des Blasenmechanismus, dessen Physiologie und Pathologie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 415. S. 487.

Alder, A., Die physiologischen Schwankungen des Mischungsverhältnisses von Albumin und Globulin im menschlichen Blutserum. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1 u. 2. S. 61.

Ambard, L., Considérations sur les éliminations rénales à l'état normal et pathologique. Presse méd. Nr. 24. S. 217.

Asher, L., Beiträge zur Physiologie der Drüsen. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 359.

Bard, L., Physiologie générale du sens de la gyration. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 5. S. 293.

Bikeles, G., Bemerkung über den innigsten Konnex zwischen psychischen Vorgängen und somatischen Erscheinungen bei Affekten. Zentralbl. f. Physiol. Bd. 32. Nr. 11 u. 12. S. 441.

de Corral, J. M., Die Abhängigkeit der inneren Sekretion des Pankreas vom Nervensystem. Zeitschr. f. Biolog. Bd. 68. H. 9. S. 395.

Fischer-Defoy, Schlafen und Träumen. Stuttgart. Franckh'sche Verlagshandlung. 91 S. 1 Mk. 25 Pf.

Gaarder, T., Über den Einfluß des Sauerstoffdruckes auf den Stoffwechsel. I. Nach Versuchen an Mehlwurmpuppen. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 1 u. 2. S. 48.

Gaarder, T., Über den Einfluß des Sauerstoffdruckes auf den Stoffwechsel. II. Nach Versuchen an Karpfen. Biochem. Ztschr. Bd. 89. H. 1 u. 2. S. 94.

Geigel, Der hydrodynamische Blutdruck. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 759.

Grünbaum, A. A., Problem der Messung in der Entwicklung der modernen Psychologie. Zeitschr. f. allg. Physiol. Bd. 18. H. 1. S. 1.

Hári, P., und Z. Aszódi, Über den Einfluß des Phlorizins auf den Energieumsatz. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3 u. 4. S. 176.

Hári, P., und A. Kriwuscha, Weitere Beiträge zum Stoff- und Energieumsatz der Vögel. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 5 u. 6. S. 345.

Heidenhain, Über die Geschmacksknospen als Objekt einer allgemeinen Theorie der Organisation. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 579.

Hekma, E., Over het pseudo-kristallisatie-proces der fibrine. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 20. S. 1386.

Hess, C., Beiträge zur Frage nach einem Farbensinne bei Bienen. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 7, 8 u. 9. S. 337.

Heymanns, G., und E. Wiersma, Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. Bd. 80. H. 113. S. 76.

Issekutz, B. v., Narkose und Sauerstoffkonzentration. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 4. S. 219.

Jenni, E., Über Bestimmungen der alveolären Kohlensäurespannung mit Henderson-Russels Modifikation der Haldaneschen Methode und deren Anwendung zur Prüfung der Erregbarkeitszustände des Atemzentrums. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 331.

Kahane, M., Über magnetische Sensibilität. Wien. med. Woch. Nr. 24. S. 1094.

Kleijn, A. de und R. Magnus, Sympathicuslähmung durch Abkühlung des Mittelohres beim Ausspritzen des Gehörganges der Katze mit kaltem Wasser. Arch. f. Ophthalmol. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 368.

Koch, E., Die Entstehung der Unterbrechungstöne bei Lochsirenen. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 7, 8 u. 9. S. 476.

Krausse, A., Diplopoden als Carnivoren. Zeitschr. f. allg. Physiol. Bd. 18. H. 1. S. 93.

Levick, G. M., A preliminary note on graphie. records of muscle reaction. Lancet Nr. 4942.

Lichtenbelt, J. W. Th., De invloed van de nervi splanchici op de buikingewanden. Inaug.-Diss. Utrecht Juni. J. van Boekhoven, Utrecht. 90 Seiten. 9 Abb. auf 8 Tafeln.

Lindner, H., Ermüdung, Übermüdung, Anregung und Erholung. Die Umschau Nr. 24. S. 282.

Löhmann, Weiteres zum Problem der seelischen Fernwirkung. Hyg. 1917. Nr. 10. S. 155.

Marcuse, H., Aufsätze zur energetischen Psychologie. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 59. H. 1. S. 122.

Meyerhof, O., Neuere Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Atmung und Gärung. Med. Kiln. Nr. 18. S. 436.

Meyerhof, O., Untersuchungen zur Atmung getöteter Zellen. II. Mitteilung. Der Oxydationsvorgang in getöteter Hefe und Hefeextrakt. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 7, 8 u. 9. S. 367.

Meyerhof, O., Untersuchungen zur Atmung getöteter Zellen. III. Mitteilung. Die Atmungerregung in gewaschener Acetonhefe und dem Ultrafiltrationsrückstand von Hefenmazerationssaft. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 7, 8 u. 9. S. 428.

Muskens, L. J. J., Onze tegenwoordige kennis der centrale-vestibularisverbindingen en hun beteekenis voor de oogbewegingen en de locomotie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 18. S. 1272.

Ornstein, L., Stoffwechselversuche mit rectaler Ernährung. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3. u. 4. S. 218.

Pfleiderer, Das Kauen und seine Wirkung. Hyg. Nr. 7. S. 67; Nr. 8. S. 73.

Roelofs, C. Otto, De kleinste met het gezichtsorgaan waarneembare richtingsverschillen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 1. Hälfte, Nr. 24. S. 1616.

Ruge II, C., Über Geschlechtsbildung und Nachempfängnis. Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 29. S. 489.

Schmilinsky, H., Die Einleitung der gesamten Duodenalsäfte in den Magen (innere Apotheke). Zentralbl. f. Chir. Nr. 25. S. 416.

Schmidt, R., Tonusprobleme und „Vagotonie". Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 89.

Schwarz, O., Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie der Blasenfunktion. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 286.

Straub, H., Interpolierte ventrikuläre Extrasystolen und Theorie der Reizleitung. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 693.

Szalágyi, K., und A. Kriwuscha. Über die Ausnutzung des Maises bei Hühnern, Enten und Gänsen. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 4. S. 286.

Vészi, J., Berichtigung. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 7, 8 u. 9. S. 500.

Vészi, J., Untersuchungen über die Erregungsleitung im Rückenmark. Zeitschr. f. allg. Physiol. Bd. 18. H. 1. S. 58.

Wagner, J., Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Lesens. Zeitschr. f. Psychol. und Physiol. d. Sinnesorg. Bd. 80. H. 113. S. 1.

Wittop Koning, J., Onderzoekingen over een functioneel nier-onderzoek met de micro-methoden voor bepaling van stikstof en chloriden volgens Ivar Bary. Inaug.-Diss. Amsterdam, Juli. Firma Ruijgrote & Co., Haarlem, 84 Seiten.

Woker, G., Zur Physik der Zellkernteilung. Zeitschr. f. allg. Physiol. Bd. 18. H. 1. S. 39.

Hamada, M., Studien über die Blutgerinnung und über die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Knochenmark sowie Milz und Knochenmark. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 5. u. 6. S. 273.

Hamada, M., Methodische Untersuchungen über das Haldane-Hendersonsche Verfahren der Bestimmung der alveolären CO_2-Spannung und über den Einfluß von Sauerstoff auf die Erregbarkeit des Atemzentrums. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 1 u. 2. S. 27.

3. Physiologische und pathologische Chemie.

Alder, A. E., Über Chloridebestimmungen im Harn Nierenkranker nach Volhard-Arnold. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 80.

Bang, J., Lehrbuch der Harnanalyse. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 151 S. mit 3 Textbildern. Geb. 7 Mk. 60 Pf.

Bang, J., u. R. Hatlehoel, Ergänzende Bemerkungen über die Mikrobestimmung des Traubenzuckers. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3 u. 4. S. 264.

Bang, J., Über die Mikrobestimmung des Reststickstoffes. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3 u. 4. S. 259.

Bang, J., Über die Mikrobestimmung des Blutzuckers. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3 u. 4. S. 248.

Bang, J., Mikrochemische Stickstoffbestimmung. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 5 u. 6. S. 416.

Baudisch, O., Über eine neue Reaktion auf Azetol. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3 u. 4. S. 279.

Van den Bergh, A. A. Hijmans, Der Gallenfarbstoff im Blute. Leipzig. Joh. Ambrosius Barth. 111 S. mit 3 Abb. 5 Mk.

Best, J. W., Bijdrage tot de kennis der suikers van het bloed. Inaug.-Diss. Utrecht, Mai. Utrecht. L. E. Bosch & Sohn. 140 S.

Corral, J., Untersuchungen über die Hyperglykämie bei Injektion von Tetrahydro-β-Naphthylamin. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 131.

Edlbacher, S., Über die Pregtsche mikroanalytische Bestimmung von Methylgruppen am Stickstoff. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 278.

Falta, W., Über das Vorkommen von gebundenem Chlor in den Körperflüssigkeiten und seine Bedeutung für die Faserstoffgewinnung. Wien. klin. Woch. Nr. 28. S. 773.

Feigl, J., Neue Beiträge zur Kenntnis des Reststickstoffs der Blutflüssigkeit, der Kritik einschlägiger Methoden, der Beurteilung und Anwendung in Klinik und Pathologie. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 5 u. 6. S. 299.

Feigl, J., Über das Vorkommen von Phosphaten im menschlichen Blutserum. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3 u. 4. S. 237.

Feigl, J., Über das Vorkommen und die Verteilung von Fetten und Lipoiden im Blute bei Geisteskrankheiten. Neue Beobachtungen zur Kritik der Bornstein-Peritzschen Lezithinämie. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 53.

Feigl, J., Zur Frage der „organisch gebundenen Phosphorsäure" im menschlichen Harne. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 1 u. 2. S. 126.

Fellenberg, Th. v., Bestimmungen der Purinbasen in Nahrungsmitteln. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 5 u. 6. S. 323.

Feulgen, R., Über den Bau der echten Nukleinsäure. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 288.

Franke, A., Leitfaden für die chemischen Übungen der Studierenden dor Medizin. Wien. Franz Deuticke. 97 S. 2 Mk. 50 Pf.

Gonnermann, M., Beiträge zur Kenntnis der Biochemie der Kieselsäure und Tonerde. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 5 u. 6. S. 401.

Gonnermann, M., Zur Biologie der Kieselsäure und der Tonerde in den Vogelfedern. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 102. H. 1 u. 3. S. 78.

Grimmer, W., Beiträge zur Kenntnis der Milch schilddrüsenloser Ziegen. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 43.

Grote, L. R., Muskeltätigkeit und Blutzucker. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 23. S. 353.

Gudzent, F. C. Maase, und H. Zondek, Untersuchungen zum Harnsäurestoffwechsel beim Menschen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 35.

Van den Haar, A. W., Über den Nachweis der d-Glukuronsäure und ähnlich sich verhaltenden Säuren mittels der Naphthoresorzinreaktion. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 4. S. 205.

Hamburger, H. J., und R. Brinkmann, Das Retentionsvermögen der Nieren für Glukose. Eine neue physiologische Permeabilitätsform. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 97.

Hammarsten, C., Studien über Chymosin- und Pepsinwirkung. 4. Mitteilung. Die Wirkung der Enzyme auf Natriumkaseinate. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 33.

Heidema, S. T., Bloedsuikerbepalingen bij psychiatrische en neurologische patienten. Inaug.-Diss. Utrecht, Juni. Amsterdam. J. Clausen. 132 S.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Chemische Studien zur Physiologie und Pathologie. V. Über „lösliche und unlösliche" Kolloide; über echte und unechte Gallerten; das Protoplasmen über das Problem der Zellpermeabilität. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 4. S. 232.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Über eine einfache Methode zur Bestimmung von Harnsäure neben Tyrosin. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 4. S. 283.

Hirschberg, E., Der Umsatz verschiedener Zuckarten im Stoffwechsel der nervösen Zentralorgane. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 248.

Hirschberg, E., und H. Winterstein, Über den Stickstoffumsatz der nervösen Zentralorgane. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 212.

Jacoby, M., Über Fermentbildung. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1 u. 3. S. 35.

Kirchberg, P., Eine neue Untersuchungsmethode zur qualitativen und annährend quantitativen Bestimmung des Eiweißes im Liquor cerebrospinalis. D. med. Woch. Nr. 24. S. 657.

Knoop, F., Über aus Proteinstoffen bei tiefgreifender Spaltung mit Salpetersäure erhaltene Verbindung. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 210.

Kögel, P. R., Über die photolytischen und photodynamischen Wirkungen eines a-Furo-β-diazols. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3 u. 4. S. 204.

Kollert, V., und A. Finger, Über die Beziehungen der Nephritis zum Cholesterin(Lipoid)-Stoffwechsel. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 816.

Kylin, H., Weitere Beiträge zur Biochemie der Meeresalgen. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 236.

Legneu, F., et H. Chabanier, Etude critique de l'azotémie et de la constante uréo-sécrétoire. Presse méd. Nr. 20. S. 177.

Loew, C., Über Zufuhr und Bedarf an Kalisalzen beim Menschen. Kosmos H. 7. S. 187.

Lucl, H., und J. Feigl, Über latente Indoxylidrosis. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 24. S. 369.

Meyerhof, C., Über das Gärungskoferment im Tierkörper. 2. Mitteilung. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 1.

Michaelis, L., Die Bestimmung und Bedeutung der Fermente im Magensaft. D. med. Woch. Nr. 25. S. 685.

Moller, L., Die Einwirkung von Dizyandiamid auf das Wachstum verschiedener Mikroorganismen. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 85.

Neuberg, C., Über eine allgemeine Beziehung der Aldehyde zur alkoholischen Gärung nebst Bemerkung über das Koferment der Hefe. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 145.

Neuberg, C., Überführung der Fruktose-diphosphorsäure in Fruktosemonophosphorsäure. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 5 u. 6. S. 432.

Neukirch, P., Zur Wienerschen Farbenreaktion des Fleckfieberharns. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 595.

Odefey, M., Untersuchungen über das Vorkommen fetthaltiger Körper und Pigmente in den nicht nervösen Teilen des Gehirns unter normalen und krankhaften Bedingungen. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 59. H. 1. S. 10.

Van Oijen, L. W. H., Zur Kenntnis der antagonistischen Salzwirkungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 418.

Rodella, A., Einige Bemerkungen über den Nachweis von Milchsäure im Magen und deren Bedeutung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 22. S. 726.

Romanofski, R., Ein Beitrag zur Farbenreaktion des Harnes nach Wiener. Med. Klin. Nr. 23. S. 569.

Ruoß, H., Beiträge zum qualitativen Nachweis des Zuckers im Urin mittels alkalischer Kupferlösung. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 193.

Salkowski, E., Über das biochemische Verhalten der amidomethylschwefligen Säure. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3 u. 4. S. 178.

Schill, E., Über die Verwertbarkeit der Hefe im tierischen Organismus. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3 u. 4. S. 163.

Schreuder, A., Über das Verhalten einiger neutraler Saponinsubstanzen zu isolierten Körperzellen. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 5 u. 6. S. 362.

Schroeter, G., und K. Thomas, Die Umwandlung von Tretrahydronaphthalin (Tetralin) im Tierkörper. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 262.

Snapper, J., Het ontstaan van porphyrinen in het darmkanaal. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 25. S. 1692.

Stepp, W., Über die Ausscheidung der Harnfarbstoffe, insbesondere des Urochroms, bei gewissen Nierenerkrankungen. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 560.

Stepp, W., Über den Cholesteringehalt des Blutserums bei Krankheiten. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 781.

Stepp, W., Zur Methodik der Kohlenstoffbestimmung auf nassem Wege. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3 u. 4. S. 136.

Stoklasa, J., Über die Verbreitung des Aluminium-Ions in der Pflanzenwelt. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 4. S. 392.

Straub, H., und K. Meier, Blutanalysen. 1. Mitteilung. Qualitativer und quantitativer Nachweis von Säuren in kleinen Blutmengen durch Bestimmung von Verteilungsgewichten. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3 u. 4. S. 156.

Streef, A. M., Colloïdaal thorium hydroxyde als kaliumvervanger in de vloeistof van *Ringer*. Inaug-Diss. Utrecht, Juni.

Streuli, H., Das Verhalten von schilddrüsenlosen, milzlosen, schilddrüsen- und milzlosen Tieren bei O_2-Mangel, zugleich ein Beitrag zur Theorie der Bergkrankheit. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 359.

Ugdulena, G., Sul dosumento del glucosio nell'urina. Rivista crit. di clin. med. Nr. 8.

Visser, A. W., Over een fout, di dikwijls voorkomt in verhandelingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 3. S. 245.

Weevers, Th., Die physiologische Bedeutung des Kaliums in der Pflanze. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3 u. 4. S. 281.

Willheim, R., Zum Lösungsvermögen der Galle gegenüber Cholesterinsteinen. Wien. klin. Woch. Nr. 25. S. 697.

Windhaus, A., und E. Rahlén, Beitrag zur Kenntnis des Sitosterins. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 223.

Windaus, A., Notiz über die Aufspaltung des Digitonincholesterids. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 276.

Woker, G., Zur Frage der Einwirkung von Formaldehyd auf den Glykogengehalt der Schildkrötenleber. Zeitschr. f. allg. Phys. Bd. 18. H. 1. S. 34.

Zellner, J., Chemische Untersuchungen über Pflanzengallen. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 5 u. 6. S. 255.

4. Mikrobiologie und Serologie.

Andrewes, F. W., Dysentery bacilli: the differentiation of the tone dysentery bacilli from allied species. Lancet Nr. 4938.

Bayly, H. W., The *Wassermann* reaction: its use and abuse. Lancet Nr. 4940.

Bazy, L., und Cuvillier, L'obtention d'autovaccins sensibilisis mono- ou polyvalents au moyen du sérum de *Leclainche* et *Vallée*. Presse med. Nr. 24. S. 219.

Beckmann, K., Über Isolysine und Autolysine bei hämolytischem Ikterus. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3/4. S. 305.

Bell, A. S. Gordon, und J. M. Harmer, Meningococcus agglutination serum: a method of increasing the yield from the rabbit. Lancet Nr. 4942.

Carol, W. L. L., De diagnostische waarde der complementbindingsreactie bij verschillende ziekten, in het bijzonder bij dermatomycosen. Geneesk. Bladen Bd. 20. Nr. 6. S. 175.

Conradi, E., Beeinflussung der Gruber-Widalschen Reaktion durch die Typhusschutzimpfung. Med. Klin. Nr. 27. S. 664.

Deycke, G., Altes und Neues über die Partialantigene der Tuberkelbazillen. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 2. S. 83.

Egyedi, H., Über Spezifizitätskontrolle der Agglutination. D. med. Woch. Nr. 19. S. 522.

Eisenberg, Ph., Über spezifische Adsorption von Bakterien. D. med. Woch. Nr. 23. S. 634.

Fraenkel, E., Untersuchungen über die Biologie der Bakterien der Gasödemgruppe. Bemerkungen zu der gleichlautenden Arbeit von Kolle, Ritz und Schloßberger. Med. Klin. Nr. 24. S. 593.

Friedberger, E., Über Immunitätsreaktionen mit dem Bazillus Weil-Felix und seine ätiologische Bedeutung für das Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 20. S. 539.

Friedberger, E., und G. Joachimoglu, Über Nachweis von Fleckfieberantigen im Organismus eines Fleckfieberkranken mittels der Thermopräzitinreaktion. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 807.

Frisch, K. v., Sechs Vorträge über Bakteriologie für Krankenschwestern. Wien. Alfred Hölder. 91 S. m. mehreren Abb.

Goodale, H., A note on anaerobes in soil infected wounds. Lancet Nr. 4944.

Harpfer, Bakteriologische Untersuchungen bei „Fünftagefieber". Med. Klin. Nr. 23. S. 568.

Hatziwassiliu, G. P., Eine neue Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 795.

Hilgermann, Vakzine-Therapie und Technik des opsonischen Index. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 14. S. 368.

Hirst, L. F., The thermo-precipitin reaction as on aid to the rapid diagnosis of bacillary dysentery. Lancet Nr. 4938.

Horst, M. D., De methode van dr. *O. L. E. de Raadt* voor het aantoonen van cholera-vibrionen in ontlasting. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 21. S. 1486.

Jacoby, M., Über die Wirkung der Zyanhydrine auf Fermente und Bakterien. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3/4. S. 130.

Justitz, L., Sporulationsformen des Plasmodium immaculatum im strömenden Blute. Med. Klin. Nr. 19. S. 468.

Kaufmann, W. v., Beiträge zur Praxis der Wassermannschen Reaktion. Med. Klin. Nr. 25. S. 607.

Kißkalt, K., *Bernhard Fischers* kurzgefaßte Anleitung zu den wichtigeren hygienischen und bakteriologischen Untersuchungen. 3. umgearb. Aufl. Berlin. August Hirschwald. 231 S. 11 Mk.

Klemperer, F., und F. Rosenthal, Untersuchungen über die Gruber-Widalsche Reaktion bei gesunden und kranken Typhus-Schutzgeimpften. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 1/2. S. 1.

Kuenen, W. A., Mededeelingen omtreat de protozoën mit den menschelijken darm en hum opsporing. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 2. S. 114.

Kolle, W., H. Ritz und H. Schloßberger, Erwiderungen auf obige „Bemerkungen" von Dr. *Zeißler* (Altona) und Prof. Plaut (Hamburg). Med. Klin. Nr. 24. S. 594.

Lampl, H., Über einen neuen Typus von Dysenteriebazillen (Bact. dysenteriae *Schmitz*). Wien. klin. Woch. Nr. 30. S. 835.

Lindstedt, F., Zur Kritik der Abderhaldenschen Fermentlehre. D. med. Woch. Nr. 27. S. 744.

Lockemann, G., Beiträge zur Biologie der Tuberkelbazillen. 2. Mitteilung. Über den Einfluß des Alters der Stammkultur auf den Verlauf des Wachstums der Abimpfkulturen. D. med. Woch. Nr. 26. S. 712.

Lyon, G., Les sérums sucrés. Presse méd. Nr. 29. S. 264.

MacIntosh, J., Some important principles which determine the reliability of the *Wassermann* reaction. Lancet Nr. 4940.

Martini, E., Ein Protozoon des Menschenflohs. D. med. Woch. Nr. 26. S. 718.

Mayer, M., Über den Dauerparasitismus von Schizotrypanum cruzi bei Ornithodorus moubata. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 9. S. 158.

Nicolla, Raphaël und Debains, Etudes sur le bacille d'*Eberth* et les bacilles paratyphiques (deuxième mémoire). Agglutination de 54 échantillons en présence de 54 sérums de lapins immunisés. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. Nr. 8. S. 388.

Perry, H., Illustrations of the agglutination method of diagnosis in triple inoculated individuals. With a note by Sir *William Leishman*. Lancet Nr. 4939.

Piorkowski, M., Serodiagnostik, Kurze Zusammenstellung der biologischen Reaktionen nebst einem Anhang über die wichtigsten Protozoen. 2. vermehrte u. verbesserte Auflage. Berlin. Verlagsbuchhdlg. Rich. Schoetz. 61 S. mit 11 Abb. 2 Mk. 50 Pf.

Plaut, Bemerkungen zu der Arbeit von Kolle, Ritz und Schloßberger: „Untersuchungen über die Biologie der Bakterien der Gasödemgruppe". Med. Klin. Nr. 24. S. 594.

Radsma, W., Über die Agglutination roter Blutkörperchen und die Hofmeisterschen Reihen. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3/4. S. 211.

Robertson, M., Notes on vibrion septique. Brit. med. Journ. Nr. 2995.

Roger, H., Remarques sur les classifications bactériologiques à propos des groupes Coli et Proteus. Presse méd. Nr. 33. S. 601.

Sachs, H., und W. Georgie, Zur Wertbestimmung des antitoxischen Dysenterieserums. Med. Klin. Nr. 25. S. 610.

Seeliger, W., Zur Abänderung der Conradi-Kayserschen Gallenanreicherungsmethode. Antwort auf die Erwiderung *A. Maternas*, in Nr. 24, Jahrgang 65, der Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 822.

Selter, H., Zur Methodik der Wassermannschen Reaktion und die Frage ihrer Zuverlässigkeit. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 788.

Silberstein, F., Über die bei der Wassermannschen Reaktion wirksamen Bestandteile der alkoholischen Organextrakte. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 1.

Skutezky, K., Über das Auftreten komplementbindender Stoffe im Serum und spezifisch behandelter Gonorrhoiker. Wien. klin. Woch. Nr. 31. S. 857.

Thomson, J. G., und L. F. Hirst, Bacillaemia due to various organisms. Lancet Nr. 4938.

Topley, W. W. C., und S. G. Platts, The effect of convection currents on agglutination (a report to the medical research comittee). Lancet Nr. 4945.

Weil, E., und A. Felix, Untersuchungen über die gewöhnlichen Proteusstämme und ihre Beziehungen zu den X-Stämmen. Wien. klin. Woch. Nr. 23. S. 637.

Weltmann, O., und H. Molitor, Über beschleunigte Agglutination mittels eines modifizierten Typhus-Paratyphusdiagnostikums. Wien. klin. Woch. Nr. 30. S. 841.

Werner, H., und E. Leoneanu, Zur Serologie des Flecktyphus. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 587.

Wilson, W. J., The phagocytic response to the introduction of bacteria into clear wounds. Brit. med. Journ. Nr. 2993. S. 533.

Woodcock, H. M., The „thick drop" method for the detection of sconty spirochaetes in the blood. Brit. med. Journ. Nr. 2995.

Zeißler, J., Untersuchungen über die Biologie der Bakterien der Gasödemgruppe. Bemerkungen zu der gleichlautend überschriebenen Arbeit von *Kolle, Ritz* und *Schloßberger* in Nr. 12 dieser Wochenschrift. Med. Klin. Nr. 24. S. 592.

5. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Anders, Über einen Fall von ausgedehnter cerebraler Varizenbildung mit tödlicher Blutung in Verbindung mit Sinus pericranii. Zieglers Beitr. Bd. 64. H. 3. S. 540.

Bauer, E., Untersuchungen über die Funktion der Nebenniere, Pigmentbildung und Morbus Addisoni. Virchows Arch. Bd. 225. H. 1. S. 1.

Bauer, J., Beiträge zur klinischen Konstitutionspathologie Habitus und Morbidität. D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 126. H. 3/4. S. 196.

Betchov, N., und V. Demole, Etude anatomo-clinique de deux cas d'insuffisance surrenale. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 6. S. 379.

Beitzke, H., Über Heilungsvorgänge bei der Ruhr. Zieglers Beitr. Bd. 64. H. 3. S. 436.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 22. S. 593; Nr. 28. S. 761.

Bleier, A., C. Dinolt und H. Bruner, Über einen Cysticercus im rechten Schläfelappen. Wien. klin. Woch. Nr. 21. S. 587.

Blond-Sutton, J., On a ganglion neuroma of the mesentery. Lancet Nr. 4934.

Boenninghaus, G., Der Drüsenkrebs des harten Gaumens. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 215.

Boks, D. B., Hochgradig durch Paratyphus-B verkalkte Lymphdrüse. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1/2. S. 391.

Bostroem, A., Beitrag zur klinischen Diagnose des Hypophysenschwundes. Med. Klin. Nr. 28. S. 690.

Christoffersen, N. R., Sur un cas d'insuffisance pluriglandulaire. Nord. med. Ark. Abt. II. Bd. 50. H. 6. S. 700.

Cumston, Ch. G., Über das Vorkommen von Uretersteinen bei Kindern. Wien. klin. Rundschau Nr. 17/18. S. 99.

Denk, W., und G. Hofer, Tracheomalazie und Struma. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1/2. S. 401.

Dziembowski, S. v., Über die Lokalisation von Ausfallserscheinungen von seiten der Drüsen mit innerer Sekretion. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 30. S. 481.

Edmond, W., Unilateral hypertrophy of mandible. Lancet Nr. 4935.

Ehrlich, H., Über Paraffinkarzinom. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1/2. S. 327.

Eiselt, J., Die Kriegskrankheiten. Hyg Nr. 7. S. 66.

Fahr, Th., Kurze Bemerkungen über die Frage der Nierensklerose. Med. Klin. Nr. 28. S. 693.

Fahr, Th., Über herdförmige Glomerulonephritis. Virchows Arch. Bd. 225. H. 1. S. 24.

Finkbeiner, Kretinismus im Nollengebiet. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 19. S. 607; Nr. 29. S. 637.

Galli-Valerio, B., Sechzehn Jahre Untersuchungen über Kuliziden und Malaria. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 9. S. 154.

Garré, C., Über Mediastinaltumoren. D. med. Woch. Nr. 23. S. 618.

Glaessner, K., Über die Resorption der Gallensteine. Wien. klin. Woch. Nr. 20. S. 549.

Glanzmann, E., Hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie. Ein Beitrag zur Pathologie der Blutplättchen. Jahrb. f. Kinderheilk Bd. 38. H. 1. S. 1.

Groth, Chronisch-entzündliche Bauchdeckengeschwülste. D. med. Woch. Nr. 25. S. 690.

Hamburger, F., Über die Tuberkuloseinfektion. Bemerkungen zu dem Aufsatz von *Kretz* in Nr. 14. Wien. klin. Woch. Nr. 23. S. 641.

Hart, C., Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Ruhr. Med. Klin. Nr. 20. S. 488.

Hauck, G., Ein Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatose. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. H. 8/9. S. 225.

Hausmann, W., und K. Landsteiner, Einige Beobachtungen über das Fleckfiebervirus. Med. Klin. Nr. 21. S. 515.

Hayek, H. v., Die Lehre von der „tuberkulösen Disposition" — ein Hemmnis für eine erfolgreiche Tuberkulosebekämpfung. Wien. klin. Woch. Nr. 20. S. 555.

Heiberg, K. A., On the base for the development of the diabetes and the chief types of this disease (with a few remarks as to certain changes of the pancreas in dogs). Nord. med. Ark. Bd. 50. Abt. II. H. 6. S. 663.

Heitzmann, St., Ausgedehnte Regenerationserscheinungen der Leber bei einem Fall von Sublimatvergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Mitosen und Amitosen. Zieglers Beitr. Bd. 64. H. 3. S. 401.

Helbig, Steinhusten. Umschau Nr. 32. S. 384. 385.

Herxheimer, G., Nierenstudien. II. Über Anfangsstadien der Glomerulonephritis. Zieglers Beitr. Bd. 64. H. 3. S. 454.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Chemische Studien zur Physiologie und Pathologie. (Zur Funktion der Schilddrüse.) Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 647.

Hesse, W., Die sogenannte „spanische Krankheit". Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 814.

Hülse, W., Beitrag zur Kenntnis der totalen Persistenz des Truncus arteriosus communis. Virchows Arch. Bd. 225. H. 1. S. 16.

Hüssy, P., Untersuchungen über neue Metallfarbstoffverbindungen in der Behandlung der Streptokokkeninfektion und des Mäusekarzinomes. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 352.

Jaffe, R. H., Das Myxom des Herzens. Zieglers Beitr. Bd. 64. H. 3. S. 533.

Jaffe, R. H., Ein Hämatom (traumatische Aneurysma) der Aorta abdominalis nach Schußverletzung. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 13. S. 353.

Jaffe, R., Zur pathologischen Anatomie des Fleckfiebers. II. Mikroskopische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Diagnosestellung. Med. Klin. Nr. 22. S. 540.

Jaffe, R., Zur pathologischen Anatomie des Fleckfiebers. III. Mikroskopische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung ganz frischer und ganz alter Fälle. Med. Klin. Nr. 23. S. 564.

v. Jaksch, Das Hungerödem. Wien. med. Woch. Nr. 23. S. 1029.

v. Jaksch, R., Morbus Banti und Milztuberkulose. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 26. S. 401.

Jarisch, A., Zur Kenntnis der Gehirnveränderungen bei Fleckfieber. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3 u. 4. S. 270.

Kathe, Eine Mißbildung in vier Generationen. Med. Klin. Nr. 26. S. 642.

Kaufmann, K., Ein seltener Fall von Hirntumor. Neur. Zentralbl. Nr. 11. S. 374.

Klinger, R., Zur Prophylaxe des endemischen Kropfes. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 17. S. 546.

Kreu, O., Über einen Fall chronisch-progredienten Knochenschwundes des Fußskelettes. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 337.

Kuczynski, Über histologisch-bakteriologische Befunde beim Fleckfieber. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 10. S. 279.

Kühn, W., Über den Kalkinfarkt der Nierenpyramiden. Virchows Arch. Bd. 225. H. 1. S. 44.

Labbé, M., Les grands oedèmes chlorurémiques en dehors des néphrites. Presse méd. Nr. 32. S. 289.

Labor, Marcello, Über Azurophilie. Wien. med. Woch. Nr. 21. S. 942.

Leupold, E., Untersuchungen über die Mikrochemie und Genese des Amyloids. Zieglers Beitr. Bd. 64. H. 3. S. 347.

Lichtenstein, A., Om exsudatio diates. Hygiea. Bd. 80. H. 9. S. 544.

Löhlein, M., Die Begriffe „Konstitution" und „Disposition". Med. Klin. Nr. 30. S. 735.

Löhlein, M., Schlußwort zu Th. Fahrs Bemerkungen über die Frage der Nierensklerose. Med. Klin. Nr. 28. S. 695.

Löhlein, M., Zu den 51 Aphorismen von F. Martius über die Lehre von den Ursachen in der Konstitutionspathologie. D. med. Woch. Nr. 23. S. 629.

Löhlein, M., Zur Pathogenese der Nierenkrankheiten. D. med. Woch., Nr. 31. S. 851.

Lubliner, R., Schwerer anaphylaktischer Shock nach Milchreinjektion. D. med. Woch. Nr. 20. S. 547.

Martius, F., Die Lehre von den Ursachen in der Konstitutionspathologie. D. med. Woch. Nr. 18. S. 481.

Matko, J., Über Wechselbeziehungen zwischen Harn und Chinin in der Hämolyse. Wien. klin. Woch. Nr. 23. S. 633.

Mayer, A., Veränderungen in der Bauchspeicheldrüse bei der Weilschen Krankheit. D. med. Woch. Nr. 31. S. 857.

Mebius, J., Over heterotope beenvorming voor oorleiding van die in buiblitteekens. Dissertation in Amsterdam, Juli.

Mertz, A., Über die quantitativen Zellverhältnisse der Glomeruli bei Glomerulonephritis. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 12. S. 321.

Meyenburg, H. v., Über die Zystenleber. Zieglers Beitr. Bd. 64. H. 3. S. 477.

Meyer, M., Aneurysma arterio-venosum der Halsgegend. D. med. Woch. Nr. 30. S. 826.

Moeli, C., Über Vererbung psychischer Anomalien. D. med. Woch. Nr. 26. S. 709.

Morison, A. E., Incarcerated sepsis. Lancet Nr. 4937.

Nachtsheim, H., Der breite Bandwurm des Menschen und sein Entwicklungskreis. Kosmos H. 6. S. 190.

Naegeli, Über die Bedeutung des Knochenmarks und der Blutbefunde für die Pathogenese der Osteomalazie. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 551.

Naegeli, Übersicht über die Symptomatik der Osteomalazie als innersekretorischer pluriglandulärer Erkrankung. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 585.

Naegeli, Über den Antagonismus von Chlorose und Osteomalazie als Hypogenitalismus und Hypergenitalismus. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 609.

Nagy, A., Ein Fall von Hemmungsbildung in der Mittellinie des Halses. Wien. med. Woch. Nr. 17. S. 740.

Neudörfer, V., Der retikulo-endotheliale Apparat bei malignen Neoplasmen. Wien. klin. Woch. Nr. 29. S. 803.

Nigst, P. F., Zur Frage der Dickdarm-Lipome. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 29. S. 966.

Oberndorfer, Über die pathologische Anatomie der influenzaartigen Epidemie im Juli 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 811.

Orth, O., Seltener Verlauf einer Pankreaserkrankung. D. med. Woch. Nr. 31. S. 857.

Parsons, F. G., Arris and Gale lecture on the modern english skull. Lancet Nr. 4938.

Pichler, K., Das Tasten der Hufeisenniere. (Nach drei eigenen Beobachtungen.) Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 415. S. 557.

Podmaniczky, T. v., Zur Rolle der Glia bei Erkrankungen der Großhirnrinde. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 59. H. 1. S. 281.

Prym, P., Allgemeine Atrophie, Oedemkrankheit und Ruhr. D. med. Woch. Nr. 20. S. 544.

Reiche, F., Zwei bemerkenswerte Fälle von Hirschsprungscher Krankheit. Med. Klin. Nr. 29. S. 712.

Ribbert, H., Bemerkungen zum Chromatophorom. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 10. S. 273.

Rietschel, H., Die Kriegsenuresis und ihre Beziehungen zum Salz und Kohlehydratstoffwechsel (nebst Bemerkungen über die Oedemkrankheit). Münchn. med. Woch. Nr. 26. S. 693.

Rochs, K., Ein Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Glomerulonephritis. Virchows Arch. Bd. 225. H. 1. S. 60.

Roemheld, L., Einige seltenere Beobachtungen aus dem Gebiet der Pathologie des Gefäßsystems. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 20. S. 177.

Rosenstadt, B., Über die Bildung der Ehrlichschen Leukozytengranula. Wien. klin. Woch. Nr. 20. S. 557.

Rübsamen, W., Über Indikanämie und Hyperindikanämie in der Schwangerschaft bei Nierenkranken und Nierengesunden. Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 21. S. 345.

Saar, G. v., Über multiple Magentumoren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 23.

Sachs, O., Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion. Wien. klin. Woch. Nr. 27. S. 759.

Sasse, A., Schmerzloser, intermittierender Tumor salivalis der Ohrspeicheldrüse ohne nachweisbares Hindernis. D. med. Woch. Nr. 25. S. 691.

Sauvin-Thury, A propos d'un cas d'expulsion totale de la muqueuse vesophagienne. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 6. S. 386.

Schiff, E., Frühzeitige Entwickelung der sekund. Geschlechtscharakter bei einem zweijährigen Mädchen infolge eines Hypernephroms der rechten Nebenniere. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 6. S. 519.

Schmidtmann, M., Über eine ungewöhnliche Ursache eines Blutsturzes. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 7. S. 201.

Schnyder, K., Arrosion der Aorta durch tuberkulösen Senkungsabszeß. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 20. S. 655.

Schöppler, H., Zur pathologischen Anatomie des Paratyphus A. Virchows Arch. Bd. 225. H. 1. S. 89.

Schöppler, H., Zystizerkus der Gehirnbasis. Münchn. med. Woch. Nr. 26. S. 698.

Schultz, Ph. J., Zur Kasuistik des einseitigen angeborenen Nierenmangels mit gleichzeitiger Nierendystopie. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 131.

Seifert, O., Chorditis fibrinosa. Wien. klin. Rundschau Nr. 21 u. 23. S. 123.

Simmonds, M., Atrophie des Hypophysisvorderlappens und hypophysäre Kachexie. D. med. Woch. Nr. 31. S. 852.

Sochański, H., Neue Methode zur raschen Unterscheidung der Exsudate von den Transsudaten. Wien. klein. Woch. Nr. 18. S. 493.

Spiegel, E., Beiträge zur klinischen Konstitutionspathologie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1. u. 2. S. 45.

Stuhl, C., Typhusschutzimpfung und Phagozytose. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 614.

Thoma, R., Untersuchungen über das Schädelwachstum und seine Störungen. Virchows Arch. Bd. 225. H. 1. S. 97.

Thormählen, Hämatinämie und Hämatinikterus bei unterbrochener Tubenschwangerschaft. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 415. S. 697.

Tjeenk Willink, J. W., Aangeboren defect van den schedel. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 2. S. 70.

Vaerting, M., Wechseljahre und Altern bei Mann und Weib. Neur. Zentralbl. Nr. 9. S. 306.

Vas, B., u. B. Johan, Beiträge zur histologischen Diagnose der Pocken beim Kornealversuch nach Paul. Wien. klin. Woch. Nr. 24. S. 661.

Weill, E. P., et Loiseleus. La résorption de l'air dans les séreuses et en particulier la séreuse pleurale. Presse méd. Nr. 31. S. 283.

Weitz, Über schwere Hämoglobinämie bei Infektionen mit dem Bazillus phlegmonis emphysematosae *(E. Fränkel)* vom schwangeren Uterus aus. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 730.

Wendt, W., Über einen Fall von Schellackstein im Magen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 415. S. 609.

Wideröe, S., Über die pathologisch-anatomische Grundlage der Granatkontusionen. Ein Versuch, diese zu erklären. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 59. H. 1. S. 110.

6. Pharmakologie und Toxikologie.

1. *Allgemeine Pharmakologie, Pharmazie.*

Bechhold, H., Halbspezifische Desinfektion. Wien. klin. Rundschau. Nr. 29/30. S. 162.

Heinrich, G., Zur Kenntnis des biologischen Verhaltens von Konvolvulin und Jalapin. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 1—3. S. 13.

Hüssy, P., Weitere chemotherapeutische Untersuchungen zur Bekämpfung des Mäusekarzinoms. Zentral-Bl. f. Gynäk. Nr. 28. S. 479.

Issekutz, B. v., Über den Einfluß der Temperatur auf die Kapillaraktivität der Narkotika. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 4. S. 213.

Leersum, E. C. van, Het broodwaagstule (Antwoord van Dr. *M. Hindhede*). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 4. S. 317.

Lemeland, P., Des modifications subies par le catgut dans les tissus animaux (étude experimentale). Dissertation in Paris. 55 S. mit 6 Taf.

Loewe, S., und G. Magnus, Zur Pharmakologie der Wundbehandlung. Therap. Monatsh. H. 7. S. 225.

Mansfeld, G., Über Emulsionstherapie. Die physiologischen Grundlagen einer neuen Methode der Arzneibehandlung. Wien. klin. Woch. Nr. 28. S. 772.

Morgenroth, J., und E. Bumke, Zur chemotherapeutischen Desinfektion durch Chinaalkaloide und ihre Abkömmlinge. D. med. Woch. Nr. 27. S. 729.

Schwarz, A., Repetitorium der Arzneiverordnungslehre zum Gebrauche für Studierende der Medizin sowie als Handbuch für den praktischen Arzt. 3. umgearb. Auflage. Leipzig. Joh. Ambros. Barth. 243 S. Brosch. 6 Mk., geb. 6 Mk. 60 Pf.

Seyberth, L., Erfahrung über die Haltbarkeit des Albargins. Med. Klin. Nr. 21. S. 521.

Uhlmann, F., Beitrag zur Pharmakologie der Vitamine. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 9. S. 395.

Unger, R., Über den Einfluß der Temperatur auf Wirkungsstärke und Oberflächenaktivität der Narkotika. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3/4. S. 238.

2. *Einzelne Arzneimittel.*

Adler, O., und L. Pollak, Über die Anwendung und Wirkung des Chlorkalziums beim Menschen. Wien. klin. Woch. Nr. 26. S. 722.

Aitken, R., A case of pyaemia treated with intravenous injections of eusol. Brit. med. Journ. Nr. 2987.

v. Angerer, Über das Desinfektionsmittel Parol. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 792.

Ansinn, O., Wundbehandlung durch Tiefenantisepsis mit Isoctylhydrocuprein bihydrochloricum (Vuzin). Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 531.

Autenrieth, W., Über die Ausscheidung des Broms beim Menschen nach Einnahme von Bromnatrium. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 749.

Barth, F., Erfahrungen mit „Alutan" in der Armee. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 18. S. 580.

Benians, T. H. C., The local application of liquid glucose in the treatment of certain superficial bacterial infections. Brit. med. Journ. Nr. 2998.

Blomberg, Fr. J., Bijdrage tot de kennis van semen strophanthi en de doamit bereide galenische preparaten. Inaug.-Diss. Amsterdam, Juli. 80 S. m. 1 Taf.

Braitmaier, Einige Bemerkungen zur Arsentherapie des praktischen Arztes. Wien klin. Rundschau Nr. 24—26. S. 141.

Bresler, Über Nirvanol nebst Mitteilungen von Selbstversuchen. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 15/16. S. 94.

Byk, Über Geox. Allg. med. Zentr.-Zeitg. Nr. 22. S. 85.

Caesar, E., Über die Wirkung der Chlorate auf das Blut des Menschen und einiger Tierarten. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 1/2. S. 1.

Ditthorn und Borinski, Fawestol — Betalysol — Kresotinkresol. D. med. Woch. Nr. 31. S. 861.

Eisert, H., Über Novasurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung. Therap. d. Gegenw. H. 5. S. 173.

Ellinger, A., und L. Adler, Thymolester als Darmdesinfizientien. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 74.

Fenwich, P. C., G. B. Sweet und E. C. Lowe, Two fatal cases of icterus gravis, following injections of novarsenobillon. Brit. med. Journ. Nr. 2990.

Friedenthal, H., Über kolloidale Silberlösungen und ihre Anwendungen in der Heilkunde. Therap. d. Gegenw. H. 7. S. 231.

Fürbringer, Zur Würdigung der Nebenwirkungen neuerer Schlafmittel, besonders des Adalins. Therap. d. Gegenw. H. 6. S. 185.

Geiger, W., Über die Behandlung der Typhusbazillenträger mit Zystinquecksilber. D. med. Woch. Nr. 18. S. 486.

Grumme, Fejoprot und seine therapeutische Anwendung. Allg. med. Zentral-Zeitg. Nr. 17. S. 65.

Guggisberg, H., Die dynamische Prüfung der Wehenmittel. Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 19. S. 315.

Hannemann, K., Über Skorbut, Chininanaphylaxie und Malaria. Studien zur Frage der Arzneimittel-Idiosynkrasien. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 665.

Hári, P., und A. v. Halász, Über die Resorption des rektal eingeführten Traubenzuckers. Biochem. Zeitschr. Bd. 18. H. 5/6. S. 337.

Harris, J., Electro-cardiographic depression produced by digitalis. Lancet Nr. 4935.

Helwig, Weitere Untersuchungen über die Wirkung reiner Kieselsäure auf die Phagozytose. Veröffentl. d. Zentralst. f. Balneol. Bd. 3. H. 4. S. 75.

Kelemen, G., Die Wirkung des Pilocarpins auf den respiratorischen Gaswechsel und den Gasgehalt des Blutes. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3/4. S. 135.

Kramer, P. H., Aspirinegebruik en de suikerreactie volgens *Trommer*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 20. S. 1395.

Landau, H., Chemotherapeutische Versuche mit Thymolpräparaten bei Mäusetyphus. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 613.

Leersum, E. C. van, Over de werking van morphine op het parasympathische systeem. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 23. S. 1575.

Leersum, E. C. van, Proeve van verklaring der biologische morphine-reactie van *Herrmann-Straub*. Tevens bijdrage tot de kennis des pharmakologische werking van morphine. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 20. S. 1374.

Lipkin, I. J., and W. Ramsden, Nephelometric estimation of quinine in blood and urine. Brit. med. Journ. Nr. 2994. S. 560.

Loewi, O., Über den Zusammenhang zwischen Digitalis- und Kalziumwirkung. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 5/6. S. 366.

Matko, J., Chinin und Schwarzwasserfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 22. S. 622.

Morris, M., The treatment of furunculosis and other deep-seated coccogenic infections by collosol manganese. Brit. med. Journ. Nr. 2990.

Oettingen, W. F., Über das Verhalten des Atropins im Organismus des Frosches. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 5/6. S. 381.

Orgler, A., Zur Theorie der Lebertranwirkung. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 6. S. 459.

Pollag, S., Therapeutische Erfahrungen mit Argochrom bei Infektionskrankheiten. Ther. d. Gegenw. H. 6. S. 194.

Prat-Flottes et N. Violle, L'abies quinique (nécroses et gangrènes quiniques). Arch. de Méd. et Pharm. Bd. 104. Nr. 5. S. 325.

Raadt, O. L. E. de, Chinin und Schwarzwasserfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 22. S. 621.

Salkowski, E., Zum Verhalten des Urotropins und Formaldehyds im Organismus. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 3/4. S. 143.

Schweisheimer, W., Das Schicksal des Alkohols im menschlichen Körper. Kosmos H. 7. S. 164.

Stuber, B., Zur Chemotherapie der Typhusbazillenträger. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 790.

Thimm, L., Behandlung von Dysenterie mit Palmitinsäure Thymolester-Thymolpalmitat *(Merck)*. D. med. Woch. Nr. 26. S. 716.

Treadgold, C. H., The prophylactie use of quinine in malaria: with special reference to experiences in Macedonia. Brit. med. Journ. Nr. 2993. S. 525.

Vogt, E., Die intravenöse Koagulenbehandlung. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4/5. S. 598.

Voigt, J., Über die Verteilung des kolloiden Jodsilbers im Säugetierkörper nach intravenöser Injektion. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3/4. S. 220.

Walther, W., Zur Theorie der Adsorptionstherapie und über ein kolloidales Kohlepräparat. Ther. d. Gegenw. H. 6. S. 192.

Warburg, F., Über den praktischen Wert der Kaliumquecksilberjodidprobe bei der Chininbehandlung von Malariarückfällen. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 591.

Weinberg, Clauden bei Blasenblutungen. D. med. Woch. Nr. 30. S. 829.

3. *Toxikologie.*

Brütt, H., Plötzlicher Tod nach Lokalanästhesie. D. med. Woch. Nr. 21. S. 577.

Faust, E. St., Über Pilzvergiftungen (Mycetismus) und Pilzgifte. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 315; Nr. 13. S. 397.

Fischer, Bemerkungen zu Sekalevergiftung und Tetanie. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 533.

Gewin, J., Botulisme. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 2. S. 89.

Gioseffi, M., Vergiftung mit Rizinussamen. D. med. Woch. Nr. 28. S. 771.

Gutmann, S., Über den Nachweis des Quecksilbers im Urin unter Zuhilfenahme eines neuen Lösungsmittels für Quecksilbersulfid. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 3/4. S. 199.

Hall, A. J., Note on an epidemie of tonic ophthalmoplegia associated with acute asthenia and other nervous manifestations. Lancet Nr. 4938.

Haus, O., Zur Klinik der Gasvergiftungen. Wien. klin. Nr. 30. S. 838.

Katz, H., Über die Formalinprobe zum Nachweise von Kohlenoxyd im Blute. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 526.

Kersten, H. E., Zur Chininidiosynkrasie. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 9. S. 149.

Lehmann, C., Phosphorvergiftung durch Schußverletzung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 27. S. 453.

Lottmann, E., Schwerste akute Erkrankungen nach intravenöser Neosalvarsaninjektion. Med. Klin. Nr. 23. S. 562.

Luce, H., und J. Feigl, Über Luminalexantheme, zugleich ein Beitrag zur Behandlung der Chorea infantum. Therap. Monatsh. H. 7. S. 236.

Martz, H., Kollaps nach intravenöser Melubrininjektion. Therap. Monatsh. H. 6. S. 204.

Netolitzky, F., Vergiftungen durch Spinatersatz. Wien. klin. Woch. Nr. 20. S. 562.

Olsen, O., Über Dinitrobenzolvergiftung. Med. Klin. Nr. 24. S. 589.

Pick, Fr., Über Erkrankungen durch Kampfgase. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 20. S. 305.

Schibkow, A., Zur Lehre von der Vergiftung mit Essigsäure oder deren Essenz nebst Versuchen mit Vergiftungen von Tieren durch gasförmige (verdampfende) Essigsäure. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 187.

Steiger, O., Über Brommethylvergiftung. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 753.

7. Physikalische Therapie.

1. *Bäder und Kurorte, Klimatologie, Heliotherapie*

Jacob, 50 Jahre Balneotherapie der Herzkrankheiten, ihr Ursprung und ihre Wirkungsweise. Klin.-therap. Woch. Nr. 23/24. S. 170.

Mol, C. M., Eenvondige hulpmiddelen voor zonlichtbehandeling. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 26. S. 1783.

Ylppö, A., Über die alkalisierende Wirkung einiger Mineralwässer resp. -salze auf die Reaktion des Urins bei Säuglingen. Veröffentl. d. Zentralst. f. Balneolog. Bd. 3. H. 4. S. 83.

2. *Hydrotherapie, Massage, diätetische Kuren.*

Bruttau, H., Über das Verhalten von Ergänzungsnährstoffen. II. Über spezifisch antidiabetische Stoffe. Biochem. Zeitschr. Bd. 88. H. 5/6. S. 420.

Müller, R., Über „Milchtherapie". D. med. Woch. Nr. 20. S. 545.

3. *Elektrotherapie, Thermotherapie.*

Giesecke, A., Die Anwendung der Diathermie bei gynäkologischen Erkrankungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. S. 496.

4. *Strahlenlehre.*

Bangert, K., Physikalische und technische Betrachtungen über moderne Lichttherapie. Die Siemens-Aureollampe. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Bd. 22. H. 5. S. 149; H. 6. S. 176.

Béclère, H., L'examen radiologique au lit du blessé. Presse méd. Nr. 30. S. 275.

Bensaude, Th., und G. Guenaux, Le radiodiagnostic du cancer du gros intestin. Arch. des real. de l'app. digestif et de la nutrition Bd. 9. Nr. 3. S. 109; Nr. 4. S. 178.

Berggren, St., Über Rediumbehandlung bei gewissen Ohrenkrankheiten. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 3 u. 4. S. 175.

Christen, Th., Zur praktischen Dosimetrie der Röntgenstrahlen. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 736.

Döderlein, A., Krebsheilung durch Strahlenbehandlung. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 706.

Fischer, A., Die radioaktiven Substanzen und ihre therapeutische Verwendung. Wien. klin. Woch. Nr. 24 bis 26. S. 136; Nr. 27 u. 28. S. 147; 29 u. 30. S. 160.

Flatau, W. L., Bemerkung zur Technik der Bestrahlung unter Zinkfilter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 329.

Harvey, U. G., Impressions of X ray treatment. Lancet Nr. 4937.

Heymann, J., Die Radiumbehandlung des Uteruskrebses. Klinische und histologische Studien nebst Bericht über die im Krankenhause Radiumhemmet während 1914 und 1915 behandelten Fälle. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 2 u. 3. S. 230.

Kautz, F., Kontraindikationen bei Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 765.

Kehrer, E., Die wissenschaftlichen Grundlagen und Richtlinien der Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 2 u. 3. S. 509.

Kehrer, E., Über Tiefenwirkung und Reizdosierung des Radiums bei der Karzinombestrahlung. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 719.

Kirstein, F., Über unsere Erfolge mit der Nicht-Intensivbestrahlung bei gutartigen gynäkologischen Erkrankungen (Myomen und Metropathien). Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 330.

Philipps, J., An adress on the therapeutic influence of rays on female pelvic disease. Lancet Nr. 4934.

Reinhard, P., Über Strahlentherapie bei Malaria. Med. Klin. Nr. 25. S. 619.

Rieder, H., und J. Rosenthal, Lehrbuch der Röntgenkunde. Drei Bände. 2. Band. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 508 S. mit 344 Abb. im Text u. 5 Taf. Brosch. 27 Mk., geb. 30 Mk.

Seitz, L., und H. Wintz, Die Röntgenbestrahlung der Genitalsarkome und anderer Sarkome und ihre Erfolge; die Sarkomdosis. Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 527.

Seitz, L., und H. Wintz, Sind Röntgenhautverbrennungen und Darmschädigungen unter Zink- und anderen Schwermetallfiltern vermeidbar? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. S. 409.

Stepp, W., Über Erfahrungen mit der Röntgentiefentherapie bei inneren Krankheiten. Ther. d. Gegenw. Nr. 5. S. 153.

Stevenson, W. C., Radium treatment of sears: with clinical notes on military orthopaedic cases. Lancet Nr. 4934.

8. Innere Medizin.

1. *Allgemeines. Allgemeine Diagnostik und Therapie.*

Brieger, E., Zur Blutdruckmessung beim Gaskranken. Versuche über den Einfluß einer Viskositätserhöhung des Blutes auf die Blutdruckmessung nach Riva-Rocci. Med. Klin. Nr. 22. S. 542.

Brösamlen, O., Wesen und klinische Bedeutung der Vakzinetherapie. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 29. S. 257.

Burckhardt, H., Physikalisches über Atmung unter normalen und pathologischen Verhältnissen, Druckdifferenzverfahren und Blutbewegung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 595.

Chevallier, P., Les injections intravenieuses de produits insolubles dans l'eau. Presse méd. Nr. 34. S. 312.

Delmege, J. A., and C. S. Staddon, Clinical notes on phlebotomus fever. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

Drachter, Thorax, Respirationstraktus und Wirbelsäule. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 1.

Enge, Vom Sterben und den Hilfeleistungen bei Sterbenden. Hyg Nr. 10. S. 147.

Fürbringer, Die einfachste Art der Rücken-Atem-Gymnastik. Hyg Nr. 5. S. 50.

Gascoin, H., Le colchique et la pression artérielle (faits cliniques). Inaug.-Diss. Paris. 58 S.

Goldschneider, Über die krankhafte Überempfindlichkeit und ihre Behandlung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 5. S. 129; Bd. 22. H. 7. S. 193.

Hartley, J. A., An outbreak of phlebotomus fever. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

Klinger, R., Ist die Transfusion artgleichen Blutes gefährlich? Bemerkungen zur Mitteilung Kuczynkis über einen Todesfall nach Transfusion in Nr. 18 dieser Zeitschrift. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 615.

Mamlock, G., „Bluffotherapie“. Die deutsche Physikotherapie in französischem Lichte. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 6. S. 190.

Meyer, G., Ein einfaches Verfahren zur Verhütung des Rücksinkens der Zunge bei Bewußtlosen. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 679.

Meyer, F., Über Bluttransfusionen. Med. Klin. Nr. 19. S. 467.

Moewes, C., Über die diagnostische Bedeutung von Milchzuckerinjektionen. D. med. Woch. Nr. 23. S. 627.

Müller, E. F., Die myeloische Wirkung der Milchinjektion. Med. Klin. Nr. 18. S. 440.

Müller, E. F., Weitere Mitteilungen zur Kenntnis der Milchinjektionswirkung. Med. Klin. Nr. 28. S. 688.

Pettavel, C. A., Contribution à l'étude de la Transfusion du sang. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 27. S. 906.

Quincke, H., Zur Messung der Körperwärme. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 766.

Renisch, Zum anaphylaktischen Shock nach Tetanusserum-Einspritzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 2. S. 284.

Sicard, J. A., Homohémothérapie sous-cutanée. Presse méd. Nr. 33. S. 304.

Siebelt, Pulsverlangsamung. Med. Klin. Nr. 23. S. 568.

Weichardt, W., Über Proteinkörpertherapie. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 581.

Wilson, Cl., An address on the significonce of cardiac murmurs. Brit. med. Journ. Nr. 2999.

2. *Infektionskrankheiten (exkl. Tuberkulose).*

Antoine, E., Un cas de tétanos tardif. Presse méd. Nr. 32. S. 293.

Attlee, W. H. W., Cerebrospinal fever: notes on 92 consecutive cases. Lancet Nr. 4939.

Balban, W., Zur Behandlung der Malaria. Militärarzt Nr. 3. S. 54.

Becher, E., Unterschiede im klinischen Verlauf der Shiga-Kruse- und Y-Dysenterie. Med. Klin. Nr. 18. S. 441.

Bernhardt, G., Zur Ätiologie der Grippe von 1918. Med. Klin. Nr. 28. S. 683.

Bilke, Über abnorm lange Inkubation bei Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 787.

Boehnke, Zur Bakteriotherapie der Ruhr. D. med. Woch. Nr. 21. S. 565.

Boehncke und Elkeles, Ruhrschutzimpfungen mit Dysbakta. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 785.

Bouyges, J., Le paludisme macédonien; son traitement combiné par la quinine et les ferments métalliques. Presse méd. Nr. 27. S. 244.

Brasch, W., Über die influenzaartige Epidemie im Juli 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 809.

Brauer, L., Die Ruhr, ihr Wesen und ihre Behandlung. Berlin. Fischers medizin. Buchh. 115 S. 4 Mk. 50 Pf.

Camponi, L., e F. Bergolli, Le manifestazioni cutanee nel tifo. Rivista crit. di clin. med. Nr. 19 u. 20.

Chauvin, E., Les tétanos localisés des membres. Presse méd. Nr. 32. S. 295.

Chievitz, J., und A. H. Meyer, Eine Methode zur Frühdiagnose des Keuchhustens. („Die Hustenaussaatmethode".) Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 729.

Crookshank, F. G., „Botulism" and *Heine-Medin* disease (Notes on the present epidemie). Lancet Nr. 4942.

Csernel, E., und R. Fabinyi, Schutzimpfungen gegen Dysenterie bei einer Irrenanstaltsepidemie. Wien. klin. Woch. Nr. 22. S. 613.

Danielopolu, Traitement antitonique du typhus exanthématique. Odessa. Verlag „Technique". 1 vol in 8°. 128 S.

Deszimirovics, K., Beitrag zur Frage der Verwertbarkeit eines Fleckfieber-Dauerdiagnostikums. Wien. klin. Woch. Nr. 30. S. 839.

Doerr, R., und R. Pick, Experimentelle Untersuchungen über Infektion und Immunität bei Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 30. S. 829.

Dreyer, G., A. Duncan Gardner, A. G. Gibson and E. W. Ainley Walker, Prophylactic triple inoculation against typhoid and paratyphoid fevers. Lancet Nr. 4936.

Fabbretti, A., Di alcuni casi di meningite cerebrospinale epidemica e della sieroterapia antimeningococcica. Rivista crit. di clin. med. Nr. 9—11.

Fraenkel, E., Über Paratyphuserkrankungen, besonders des Gallenapparates. Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 523.

Fülleborn, Die Malaria und ihre Bekämpfung. Hyg Nr 4. S. 45.

Galambos, A., Zur Behandlung der Dysenterie. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 529.

Gräff, S., Pathologisch-anatomische Beiträge zur Pathogenese des Typhus abdominalis (*Eberth*). D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1 u. 2. S. 1.

Groß, Über die Wirkung des Ruhrheilstoff Boehncke. D. med. Woch. Nr. 28. S. 796.

Gunson, E. B., F. W. Winning, G. A. Johnstone, J. H. Porter and G. B. Scott, The treatment of severe relapsing cases of malaria. Lancet Nr. 4947.

Gyori, L., Weitere Erfolge der Autoserumbehandlung beim Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 25. S. 677.

Hall, A. J., E. H. Williams and J. Sh. C. Douglas, Two fatal cases of aestivo-autumual malarial fever occurring in England. Lancet Nr. 4943.

Hatiegan, S., Untersuchungen über die Ätiologie der epidemischen Gelbsucht. Wien. klin. Woch. Nr. 22. S. 612.

Hesse, W., Malaria comatosa und Malariameningitis bei Tertianafieber. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 25. S. 385.

Hichens, P. S., and E. J. Boome, Fatal case of paratyphoid B. simulating typhus fever. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

Hitzig, Th., Über Flecktyphus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 29. S. 961.

Hochheim, K., Fünftagefieber (Febris quintana). Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 18. S. 273.

Hoffmann, W., Über die Erfolge regelrecht durchgeführter Malariaprovokationen. D. med. Woch. Nr. 28. S. 768.

Hoogslag, W., Kunnen onze gemobiliseerde troepan de malaria in Nederland verspreiden? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 3. S. 252.

Jacob, L., Über die Behandlung der Ruhr mit polyvalentem Serum. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 640.

Johnston, C. A., Treatment and prophylaxis of malaria. Brit. med. Journ. Nr. 2995.

Kathe, Milzschwellung und Typhusdiagnose bei Schutzgeimpften. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 11. S. 241.

Kathe, Zur Ruhrfrage. D. med. Woch. Nr. 18. S. 488.

Kirkovic, St., Über Fehldiagnosen bei chronisch-malarischen Erkrankungen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 10. S. 165.

Klaholt, Abortive Pockenfälle. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 9. S. 196.

Klieneberger, C., Morphologische Blutstudien in der Diagnostik der Malaria tertiana. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3 u. 4. S. 291.

Kloosterman, H. J., Zes gevallen van „Spaansche griep". Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 3. S. 256.

Koch, Zum Verlauf des Paratyphus. D. med. Woch. Nr. 30. S. 825.

Köhler, O., und Eb. Veiel, Zur Diagnose der Ruhr. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 725.

Krasa, F. C., Zur Frage der „galizischen" Ruhr. Wien. med. Woch. Nr. 21. S. 939; Nr. 22. S. 994.

Kraus, O., Ein Beitrag zur Frage der Erysipelbehandlung. Med. Klin. Nr. 30. S. 732.

Krekeler, Beiträge zur Kenntnis der Bazillenruhr (Dysenterie und Pseudo-Dysenterie) mit besonderer Berücksichtigung der Schutzimpfung. Psych.-neur. Woch. Nr. 15 u. 16. S. 91.

Külz, L., Gelbfieber in Westafrika. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 10. S. 173.

Küster, und E. Martin, Erfahrungen über chronischen Tetanus, serologische Diagnose, Klinik und Therapie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 2. S. 268.

Lewkowicz, K., Die spezifische Behandlung der epidemischen Genickstarre. Wien. klin. Woch. Nr. 21. S. 578.

Lyon, E., Wirbelschmerzen bei Malaria. D. med. Woch. Nr. 29. S. 805.

Mandelbaum, M., Epidemiologische und bakteriologische Untersuchungen über die pandemische Influenza. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 812.

Martin, C. J., and F. E. Williams, The chance of recovering dysentery bacilli from the stools according te the time elapsing since the onset of the disease. Experimence at a bose hospital in France. Brit. med. Journ. Nr. 2990.

Martin, C. J., P. Hartley and F. E. Williams, Agglutination in the diagnosis of dysentery. Brit. med. Journ. Nr. 2997.

Materna, A., Tropische Malaria unter der in Ostschlesien ansässigen Zivilbevölkerung. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 498.

Mayer, M., Behandlung der Bilharziakrankheit mit Emetin. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 612.

McNeill Love, R. J., Amoebic abscess of the liver. Brit. med. Journ. Nr. 2999.

Meyer, F., Ruhr und Ruhrbehandlung (II. Teil). Med. Klin. Nr. 24. S. 582.

Michelie, T., and G. Quarelli, Batterio terapia ed eterobatterio terapia delle infezioni tifoidi. Rivista crit. di clin. med. Nr. 7.

Milner, C. E. H., The relation between heatstroke and malignant malaria. Brit. med. Journ. Nr. 2997.

Mühlens, Mischinfektion mit Rückfallfieber und Flecktyphus. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 9. S. 153.

Neumann, S., Beitrag zur Ruhrbehandlung. Med. Klin. Nr. 26. S. 639.

Neumann, W., Zur Behandlung hartnäckiger, scheinbar chininresistenter Malariafälle. D. med. Woch. Nr. 18. S. 488.

Nobel und Zilczer, Paratyphus A-Fälle mit Exanthem. D. med. Woch. Nr. 27. S. 739.

Nobel, E., und J. Zilczer, Über die Infektiosität des Erysipels während der Rekonvaleszenz. Med. Klin. Nr. 20. S. 491.

Paulicek, Em., Ein Fall von sogenanntem Nephro-(Uro-)typhus. Wien. klin. Woch. Nr. 24. S. 670.

Pfeiffer, Zur Serumbehandlung der Ruhr. D. med. Woch. Nr. 26. S. 715.

Porak, R., Les poussées de splénomégalie simple au début du paludisme. Presse méd. Nr. 23. S. 208.

Pribram, H., Über Erysipel. Nord. Med. Arkiv Bd. 50. Abt. II. H. 6. S. 682.

Pringle, A. M. N., The epidemiology of meningococcal meningitis or cerebrospinal fever. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

Reibmayr, Dauerausscheider nach typhösen Erkrankungen. Bakteriologische und klinische Erfahrungen über die Latenz der chronischen typhösen Infektion. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 670.

Ritz, H., Zur Frage der experimentellen Fleckfieberinfektion. D. med. Woch. Nr. 21. S. 562.

Rodenwaldt, E., und H. Zeiß, Malariastudien im Wilajet Aidin (Kleinasien). Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. H. 7 u. 8. S. 97.

Ruszuyak, St., und A. Weil, Bemerkungen und Beitrag zur Therapie des Schwarzwasserfiebers. Wien. klin. Woch. Nr. 31. S. 871.

Schein, N., Etude sur la peste bovine. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. Nr. 11. S. 571.

Schelenz, C., Zur Vakzinetherapie der Bazillenruhr. Med. Klin. Nr. 22. S. 545.

Scheltema Bz., M. W., Sepsis lenta. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 18. S. 1242.

Schemensky, W., Eosinophilie und Scharlach. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 26. S. 403.

Schittenhelm, Über die Behandlung der bazillären Ruhr mit besonderer Berücksichtigung der Serum- und Vakzinetherapie. Therap. Monatsh. H. 5. S. 150.

Schlesinger, F., Eine neue Infektionskrankheit. D. med. Woch. Nr. 28. S. 771.

Schneyer, Behandlung des periodischen Fiebers (wolhynischen Fiebers, Fünftagefiebers) mittels Methylenblau. Münch. med. Woch. Nr. 25. S. 676.

Seyfarth, C., Die Behandlung der latenten Malaria durch künstliche Provokation von Malariaanfällen. Ther. d. Gegenw. Nr. 7. S. 234.

Seyfarth, C., Komatöse und dysenterische Formen der Malaria tropica in Südostbulgarien. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 589.

Shepheard, S., and D. G. Lillie, Persistent carriers of entamoeba histolytica: treatment with Chaparro amargosa and simaruba. Lancet Nr. 4436.

Tschipeff und Fürst, Beobachtungen über Paratyphus A in Bulgarien. D. med. Woch. Nr. 28. S. 769.

Tulloch, W. J., The part played by concomitant infection with anaerobic organismus (other thon B. tetani) in the causation of tetanus. Brit. med. Journ. Nr. 2996,

Uhlenhuth und Fromme, Ein Schutz- und Heilserum gegen die Weilsche Krankheit. D. med. Woch. Nr. 26. S. 705.

Vecsei, F., Mischinfektion mit Tropika und Tertiana? Bemerkung zur Arbeit der Herren Prof. *Forschbach* und *Pyszkowski*. D. med. Woch. Nr. 23. S. 636.

Welcker, A., Lymphadenitis scarlatinosa necroticans. Nederl. Tijdscr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1509.

Welcker, A., Zeldzame verwikkelingen na infecties en infektieziehten. I. Gonitis meningococcica; II. Meningitis cerebrospinalis beginnend onder het buld eener acute appendicitis.; III. Typhus abdominalis met als verwikkeling een strumitis typhosa. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 26. S. 1825.

Wildenrath, R., Einige interessante Beobachtungen aus einer kleineren Pockenepidemie in Düsseldorf im Jahre 1917. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 9. S. 192.

Wolf, W., Zur Paulschen Pocken-Diagnose. Wien. klin. Rundschau Nr. 19 u. 20. S. 111.

3. *Tuberkulose.*

Baer, G., Beiträge zur Klinik des künstlichen Pneumothorax bei der Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 3. S. 129.

Bandelier und Roepke, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose für Ärzte und Studierende. IX. Auflage. Würzburg. Curt Kabitzsch. 448 S. m. 25 Temperaturkurv. auf 7 lithogr. Taf., 2 farb. lith. Taf. u. 6 Textabbild. 16 M. brosch., 18 M. 40 Pf. geb.

Bordswell, N. D., The sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis. The disappearance of T. B. from the sputum. Lancet Nr. 4947.

Barthel, J., Pathogenese der Tuberkulose. Mit einem Anhang: Der Tuberkelbazillus, von W. Neumann, Wien. Urban und Schwarzenberg. 80 S. 5 Mk.

Bloeme, P. J. L. de, De jaarkromme der maandelijksche gewichtstoeneming bij lijders van tuberculose. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 23. S. 1558.

Carson, H. W., On the clinical aspects of tuberculous mesenteric glands. Lancet Nr. 4947.

Davies, H. M., The necessity for fuller consideration of the local processes of disease and repair in the treatment of pulmonary tuberculosis. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

Deuel, P., Beitrag zur Kenntnis des Friedmannschen Mittels gegen Lungentuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 763.

Dietl, K., Bemerkungen zu Friesicke: Diagnostische Erfahrungen von Tuberkuloseverdächtigen. Wien. klin. Woch. Nr. 25. S. 691.

Dumarest, F., Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire. Presse méd. Nr. 31. S. 283.

Effler, Extrathorakale Perkussion zur Feststellung beiderseitiger tuberkulöser Lungenerkrankungen. Med. Klin. Nr. 30. S. 738.

Engel, St., Quellen der Kindertuberkulose. Med. Klin. Nr. 24. S. 581.

Feldt, A., Klinische Erfahrungen und Richtlinien der Goldbehandlung der Tuberkulose. Therap. Monatsh. H. 7. S. 241.

Gerhardt, D., Über Tuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 556.

Grau, H., Lücken in der Tuberkulose-Bekämpfung. Hyg. Nr. 7. S. 68.

Köhler, F., Zur Tuberkulosebehandlung unter dem Kriegseinfluß. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 11. S. 286.

Löhmann, Moderne Bekämpfung der Lungentuberkulose. Hyg. Nr. 2. S. 18.

Merklen, P., Note sur quelques données importantes en matière de tuberculose pulmonaire. Presse méd. Nr. 29. S. 262.

Niedner, v., Die Außerbettbehandlung der Lungenblutung. Zum Aufsatz von W. Neumann in Nr. 15. D. med. Woch. Nr. 23. S. 624.

Pape, Beitrag zur Behandlung mit dem Friedmannschen Heil- und Schutzmittel für Tuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 760.

Reichmann, V., Tuberkulin und Tuberkulose (mit besonderer Berücksichtigung des Blutbildes). D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 5 u. 6. S. 413.

Schottmüller, Über operative Therapie der Lungentuberkulose. D. med. Woch. Nr. 23. S. 619.

Schröder, G., XIX. Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg Oberamt Neuenbürg nebst Bemerkungen über Chemo-Therapie der Tuberkulose. Württemb. med. Korr.-Bl Nr. 31. S. 273.

Selter, H., Die tuberkulöse Infektion im Kindesalter und ihre Bedeutung für die Phthise. D. med. Woch. Nr. 29. S. 790.

Simon, O., Über die Beziehungen zwischen Lungentuberkulose und Störungen im Verdauungsapparat. Med. Klin. Nr. 28. S. 685.

Skutetzky, A., Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulomucin „Weleminsky". Wien. klin. Woch. Nr. 22. S. 617.

Tachau, H., und H. Mickel, Ruhe und Bewegung in der Behandlung des fieberfreien Lungenkranken. D. med. Woch. Nr. 26. S. 712.

Voltzenlogel, H., Weitere Versuche mit Nöhrings Heilmittel gegen Tuberkulose „B. IV." Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 2. S. 102.

Wein, E., Feststellung und Behandlung der tuberkulösen Infektion mittels antitoxischer Heilkörper. Wien. Urban & Schwarzenberg. 608 S. Brosch. 25 Mk., geb. 27 Mk.

4. *Krankheiten des Respirationsapparates (exkl. Phthise).*

Becher, F. v., Klinische Beobachtungen bei der Pleuritis. Wien. klin. Woch. Nr. 27. S. 1223.

Bensaude, R., et L. Hallion, La médication adrénalino-hypophysaire de l'asthme. Presse méd. Nr. 20. S. 185.

Bittorf, A., Die Pathogenese der biliösen Pneumonie. D. Arch. f. med. Klin. Bd. 125. H. 5 u. 6. S. 474.

Braam Honckgeest, A. E. van, Over asthma nervosum en psychose. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 19. S. 1298.

Cahn, A., Über den Spontanpneumothorax bei Nichttuberkulösen. Ein Nachwort. D. med. Woch. Nr. 23. S. 623.

Dietrich, A., Ein eigenartiges peripleuritisches Empyem. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 508.

Dobbertin, Die Spannungshämatohydrothorax. Med. Klin. Nr. 22. S. 539.

Eden, R., Operative Lösung von Pleuraverwachsungen zwecks Anlegung eines künstlichen Pneumothorax. D. med. Woch. Nr. 29. S. 798.

Gullbring, Ett fall av Chylothorax. Hygiea Bd. 80. Nr. 14. S. 840.

Hebert, G. T., Pulmonary fibrosis, tuberculous and non-tuberculous. Lancet Nr. 4944.

Hoogslag, W., De behandeling van sereuze pleuritis met „open pleurapunctie". Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 20. S. 1393.

Kraus, H., Über vielkämmerige Pleuraexsudate im Röntgenbilde. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 495.

Ljungdahl, M., Zur Ätiologie und Pathogenese des sogen. spontanen Pneumothorax. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3 u. 4. S. 324.

Reiche, F., „Idiopathischer" Pneumothorax. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 672.

Smith, A. H. D., Intermittent haematemesis following on an injury to the chest. Brit. med. Journ. Nr. 2993. S. 533.

Teske, Über Spontanpneumothorax bei Nichttuberkulösen. Physikalische Bemerkungen zu dem Aufsatz von Prof. *A. Cahn* in Nr. 47. D. med. Woch. Nr. 23. S. 623.

Turrettini, G., Pneumococcie prolongie. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 7. S. 436.

Vischer, A., Pneumothorax mit tödlichem Ausgang infolge von Anstechen der Lungenspitze bei Anästhesierung des Plexus brachialis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 23. S. 772.

Wieting, Leitsätze für die Schußverletzungen der Brustwand und Lungen. D. med. Woch. Nr. 23. S. 621.

5. *Krankheiten des Zirkulationsapparates.*

Boruttau, H., Über Wiederbelebung bei Herzkammerflimmern mit besonderer Rücksicht auf Narkose- und Starkstromunfälle. D. med. Woch. Nr. 31. S. 849.

Fridericia, L. S., und P. Möller, Ein Fall von auf das Septum ventriculorum lokalisierter Myokarditis mit eigentümlichen Abnormitäten im Elektrokardiogramm. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3 u. 4. S. 246.

Friedemann, U., Über die Kreislaufstörungen bei Infektionskrankheiten und ihre Behandlung. Therap. d. Gegenw. Nr. 7. S. 225.

Geigel, Das kleine Herz. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 638.

Kastner, A., Über Endocarditis lenta. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 5 u. 6. S. 370.

Kienböck, R., Zur Radiologie des Herzens. Zeitschr. f. klin. Chir. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 64.

Kretzer, V., und S. Schomer, Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Pleuritis. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 653.

Marris, H. Fairley, Tachycardia: observations upon its occurrence in the enteric and other fevers. Lancet Nr. 4941.

Morison, R. A., The value of amyl nitrite inhalations in the diagnosis of mitral stenosis. Brit. med. Journ. Nr. 2990.

Price, F. W., Two studies in cardiac pathology. I. Auricular flutter. Lancet Nr. 4936.

Price, F. W. P., Two studies in cardiac pathology. II. Paroxysmal tachycardia. Lancet Nr. 4937.

Schmid, P., Etwas fürs Herz. Hyg Nr. 8. S. 74.

Schrumpf, P., Die klinische Bedeutung der mit einer Störung des Herzmechanismus einhergehenden „wahren" Arhythmien. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 27. S. 418.

Schrumpf, P., Die Spaltung resp. Verdoppelung der Herztöne. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1 u. 2. S. 73.

Schrumpf, P., Über dauernden Herzblock ohne Herzinsuffizienz. (Ein dauernder Herzblock beim Kinde.) Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 673.

Scott, Ch. T., A case of haematidrosis. Brit. med. Journ. Nr. 2993. S. 532.

Semerau, M., Über Rückbildung der Arhythmia perpetua. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3 u. 4. S. 161.

Trémolières, F., et L. Caussade, Les phréno-péricardites adhésives. Presse méd. Nr. 19. S. 169.

Wells, S. Russel, A collective investigation of ten thousand recruits with doubtful heart conditions. Preliminary report. Brit. med. Journ. Nr. 2994. S. 556.

Williamson, O. K., An address on the symptoms which precede and associated with general arterio-sclerosis. Lancet Nr. 4940.

Wolf, M., Eine von Angina ausgehende Streptokokken-Hausendemie der Atmungsorgane in der Universitäts-Frauenklinik Bonn. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 309.

6. *Krankheiten des Digestionsapparates (Bauchfell, Milz).*

Ahreiner, Über merkwürdige Fälle von Fremdkörpern des Magendarmkanals. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 415. S. 568.

Braïlowsky, Z., L'examen rectoscopique et radiologique dans les dysenteries. Inaug.-Diss. Paris. 67. S. u. 9 Tafeln.

Bartel, J., Über eine Formanomalie der Gallenblase und ihre biologischen Beziehungen. Wien. klin. Woch. Nr. 22. S. 605.

Baumstark, R., Der diagnostische Wert des okkulten Blutnachweises in den Fäzes. D. med. Woch. Nr. 25. S. 692.

Berghinz, G., Alcune considerationi sui casi d'ittero da me osservati negli anni 1915—1916—1917. Rivista critica di clin. med. Nr. 9.

Bittorf, A., Über akute und chronische (rezidivierende) Cholangitis. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 662.

Bles, Ch., Insufficiëntie der Valvula Bauhini. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 24. S. 1668.
Boeve, H. J., Demonstratie van een darmresectiepraeparaat met totale appendixinversie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 26. S. 1818.
Büllmann, Über zytologische und Magensaftuntersuchungen in der Rekonvaleszenz von Paratyphus und Ruhr. Med. Klin. Nr. 20. S. 495.
Camper, J. v., Twee genezen gevallen van acute pancreatitis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 26. S. 1831.
Crawford, B. G. R., Tonic jaundice with atrophy of liver, followed by regeneration and recovery. Brit. med. Journ. Nr. 2990.
Determann, Die Funktion des Magendarms als Grundlage der Diagnostik. Zeitschr. f. physik. u. diät. Therap. Bd. 22. H. 7. S. 213.
Edelmann, A., Zur Kenntnis des traumatischen Magengeschwüres. Wien. med. Woch. Nr. 18. S. 786.
Faroy, G., Les faux gastriques d'origine intestinale. Presse méd. Nr. 30. S. 271.
Finsterer, H., Wann soll man bei akuten Blutungen aus Magen- und Duodenalgeschwüren operieren? Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 521.
Freud, J., Zur radiologischen Beurteilung des geeigneten Zeitpunktes zur Gastro-Enterostomie bei Pylorusstenose. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 728.
Froboese, C., Über spontane Magenruptur und intravitale Gastromalazie. Med. Klin. Nr. 20. S. 494.
Fuld, E., Urticaria appendicularis. Überempfindlichkeit und Appendizitis. Zeitschr. f. psych. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 6. S. 161.
Goiffon, R., Entérites chroniques et coprologie. Presse méd. Nr. 25. S. 227.
Gräfenberg, E., Ein Fünftagefieber unter dem Bilde der akuten Appendizitis. D. med. Woch. Nr. 24. S. 659.
Groot, A. P. de, en J. de Groot, Spasmus cardiae. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 3. S. 280.
Grube, K., Über unter dem Bilde der Gallenblasenentzündung verlaufende Fälle von chronischer Appendizitis. Wien. Klin. Nr. 20. S. 490.
Helm, F., Seltene Röntgenbilder des Oesophagus. Med. Klin. Nr. 25. S. 614; Nr. 26. S. 641; Nr. 27. S. 665.
Herzog, F., Zur Diagnose der chronischen Peritonitis. D. med. Woch. Nr. 25. S. 689.
Hoeven, J. van der, Een geval van pancreascyste by een 9jarige Knaap ontstoon na trauma. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 19. S. 1342.
Hofmann, A., Gibt die Achylia gastrica eine Prädisposition für die Entwicklung des Magenkarzinoms. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 24. S. 785.
Jaski, T. J., Afscheuring van het omentum wagis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 21. S. 1455.
Kestner, O., Zur Verhütung von Durchfällen. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 655.
Kirschner, Die Behandlung der Gallensteinkrankheiten. D. med. Woch. Nr. 24. S. 650; Nr. 25. S. 683.
Klemm, P., Die Ätiologie und Pathogenese der verschiedenen Formen der Appendizitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 163.
Kofránek, J., Beiträge zur chirurgischen Behandlung der malarischen Megalosplenie. Der Militärarzt Nr. 5. S. 82.
Köhler, H., Volvulus des Zökokolons und des gesamten Dünndarms. D. med. Woch. Nr. 19. S. 519.
Krafft, H., Diverticulite de la sigmoide. Son diagnostic et ses suites. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 5. S. 325.
Kuttner, L., Die Erkrankungen des Magens, insbesondere das Magengeschwür, während des Krieges D. med. Woch. Nr. 20. S. 537; Nr. 21. S. 568.
Meyer, R., Meteorismus als Frühsymptom bei Lebercirrhose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4. u. 5. S. 689.
Müller, E., Antiferment und rundes Magengeschwür. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Victor L. Neumeyer in Nr. 12, 1917. Therap. Monatsh. H. 6. S. 210.
Pauchet, V., Gastroptose (traitement). Presse méd. Nr. 21, S. 189.
Pfeiffer, R., Zum Krankheitsbilde des Skorbuts. D. med. Woch. Nr. 23. S. 625.
Philipowicz, J., Über kombinierte chirurgisch-interne Behandlung beim blutenden Magengeschwür. Wien. klin. Woch. Nr. 25. S. 689.
Pototschnig, Ein Fall von isolierter Umstülpung des Wurmfortsatzes. Med. Klin. Nr. 24. S. 587.
Plamond, F., Les principaux syndromes dyspeptiques. Presse méd. Nr. 34. S. 309.
Roceavilla, A., Diarree ed enterocolite dissenterie formi in alcuni settori del nostro fronte. Rivista crit. di clin. med. Nr. 14 bis 16.
Romme, M., Les diverticulites du groß intestin. Presse méd. Nr. 20. S. 186.
Schlesinger, E., Die isolierte divertikuläre Zökumstase und ihre Bedeutung für die Appendizitisdiagnose. D. med. Woch. Nr. 19. S. 515.
Schwarz, G., Röntgenologischer Beitrag zur Lehre vom Ulcus ventriculi et duodeni. D. med. Woch. Nr. 22. S. 597.
Siegenbeek van Henkelom, J., Angio-neurostisch oedeem, genezen na verwijdering van een ascaris. Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 1. Hälfte Nr. 19. S. 1340.
Spanje, N. P. van, Enhele mededeelingen over gevallen van cirrhosis hepatis. Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 1. Hälfte Nr. 18. S. 1221.
Speyer, Waden-Abszesse bei Skorbut. D. med. Woch. Nr. 23, S. 626.
Stepp, W., Über nervöse Darmerscheinungen und ihre Beziehungen zur Vagotonie. Med. Klin. Nr. 28. S. 681.
Troell, A., Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Choledochusstenosen anläßlich eines operativen Falles. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4. u. 5. S. 545.
Vervloet, C. G., Over gistingsdyspepsie. Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 2. Hälfte Nr. 3. S. 289.
Vervloet, C. G., Geval van klinisch primaire enteritis tuberculose. Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 2. Hälfte Nr. 3. S. 296.
Weinberg, F., Achylia gastrica und perniziöse Anämie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 5 u. 6. S. 447.
Wilms, Die Diagnose der durch Gallensteine bedingten akuten und chronischen Cholezystitis und ihre Behandlung. Med. Klin. Nr. 23. S. 557.
Wilms, Die Steinerkrankungen des Choledochus. Ihre Diagnose und Behandlung. Med. Klin. Nr. 25. S. 605.
Wilucki, v., Neosalvarsan bei Stauung im Pfortaderkreislauf. D. med. Woch. Nr. 18. S. 487.
Winiwarter, J. R. von, Ein Fall von Perforation eines Magenkrebses. Wien. klin. Woch. Nr. 25. S. 690.
Ziegler, K., Über die Behandlung der wurmartigen Darmparasiten des Menschen. Therap. Monatsh. H. 5. S. 145.
Zweig, S. W., Die Indikationen zur Operation blutender Magengeschwüre. Wien. med. Woch. Nr. 22. S. 611.

7. *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren, der männlichen Genitalien.*

Becher, E., Über eine Kombination der Resultate beim Wasserausscheidungs- und Konzentrationsversuch zur Beurteilung der Nierenfunktion. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 807.

Beckmann und Schlayer, Über orthotische Albuminurie. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 721.

Begun, A., und E. Münzer, Nierenleiden und die Pathogenese ihrer Symptome. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 31. S. 497.

Bergemann, H., Augenerkrankungen bei Nierenentzündung. D. med. Woch. Nr. 19. S. 520.

Bode, F., Niereninsuffizienz bei Nephritis und Perinephritis und ihre chirurgische Behandlung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 248.

Hochheim, Die Bedeutung neuerer Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Nierenkrankheiten für den Arzt der Praxis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. S. 257; Nr. 11. S. 292.

Königsfeld, H., Über eine eigenartige Nierenerkrankung („Nierengrippe"). Med. Klin. Nr. 26. S. 633.

Kooyman, A., Twee gevallen van *„Bence-Jones"* albuminurie. Inaug.-Diss. Amsterdam, Mai.

Koranzi, A. v., Krankheiten der Harnorgane. *P. Fürbringer:* Impotenz und krankhafte Samenverluste. (5. Heft d. Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.) Leipzig. Georg Thieme. 180 S. 17 Abb. 7 Mk. 50 Pf.

Lehrnbecher, Blasenschwäche und Kälteeinwirkung. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 655.

Loumeau, Kystes hydatiques du rein. Journ. de méd. de Bordeaux Bd. 89. Nr. 4. S. 102.

May, W., Der Spargel in der Behandlung der Nierenerkrankungen. Umschau Nr. 21. S. 246.

Quensel, U., Untersuchungen über die Morphologie des organisierten Harnsediments bei Krankheiten der Nieren und der Harnwege und über die Entstehung der Harnzylinder. Nord. Med. Arkiv Bd. 50. Abt. II. H. 4 u. 5. S. 219.

Ries, Ein Unterstützungsmittel bei Enuresis nocturna der Erwachsenen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 15. (Med.-techn. Mitteil. Nr. 8. S. 29.)

Ries, K., Über Blasenerkrankungen im Kriege. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 30. S. 265.

Sachs, E., Die Gefahren der Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft. D. med. Woch. Nr. 29. S. 801.

Singer, G., Klinische Beiträge zur Pathologie der Nephritis. Wien. med. Woch. Nr. 29. S. 1297.

Stavianiček, F. Rothfeld, J. u. S. Sumegi, Über das Verhalten des intravesikalen Druckes bei Harnblasenstörungen nach Erkältung. Wien. klin. Woch. Nr. 24. S. 666.

Weitz, W., und O. Götz, Über die Pathogenese der Enuresis. Med. Klin Nr. 30. S. 730.

Widal, F., A. Weill et P. Vallery, Les étapes de l'azotémie dans le mal de Bright. Presse méd. Nr. 29. S. 261.

8. *Krankheiten der Bewegungsorgane, Rheumatismus.*

Dent, E. A., Notes on rheumatoid arthritis. Brit. med. Journ. Nr. 2987.

Fairelough, H., The intravenous injection of eusol in chronic arthritis. Brit. med. Journ. Nr. 2998.

Josué, G., M. Parturier et A. Berrut, Les poussées rhumatismales an cours des cardiopathies chroniques. Presse méd. Nr. 18. S. 161.

Müller, O., Über Rheumatismus. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 27. S. 239; Nr. 28. S. 249.

Schittenhelm, A., und H. Schlecht, Über Polyarthritis enterica. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 5 u. 6. S. 329.

9. *Krankheiten des Nervensystems.*

Alexander, W., Polyneuritis ambulatoria. D. med. Woch. Nr. 31. S. 854.

Allbutt, Cl., Notes from a clinical lecture on a case of *Huntington's* Chorea. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

Bittorf, A., Die Ruhrneuritis. D. med. Woch. Nr. 21. S. 567.

Boettiger, A., Zum Kapitel der traumatischen Epilepsie. Med. Klin. Nr. 18. S. 443.

Bresler, J., Aus englischer und französischer Psychiatrie und Neurolgie. Psych.-neur. Woch. Nr. 11 u. 12. S. 73.

Brown, T. Graham and R. M. Stewart, On the physiology of „functional paralysis" of „voluntory" movement with a description of a case of inversion of the kinaesthetic sensations. Lancet Nr. 4942.

Bunnemann, Der Begriff des Mittels in der Hysterielehre. Eine biologische Studie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 205.

Curschmann, H., Über die otogene Auslösung des Tetanieanfalles. W. klin. Woch. Nr. 19. S. 532.

Curschmann, H., Über das Verschwinden der Fußpulse bei Neuritis. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 19. S. 289.

Disqué, Behandlung der Kriegsneurosen durch Hypnose, Wachsuggestion und suggestive elektrische Anwendungen. Therap. d. Gegenw. H. 5. S. 169.

Donath, J., Hysterische Kieferklemme nach Unterkieferbruch, Heilung durch suggestive Faradisation. Wien. klin. Woch. Nr. 29. S. 809.

Ebstein, E., Zur Behandlung der urämischen Kopfschmerzen. Therap. Monatsh. H. 6. S. 209.

Eskuchen, K., Die klinische Brauchbarkeit der Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Neur. Zentralbl. Nr. 14. S. 482.

Flesch, J., Über sogenannte funktionelle Nervenerkrankungen. Psych.-neur. Woch. Nr. 5 u. 6. S. 31; Nr. 7 u. 8. S. 43.

Foerster, Die operative Behandlung der spatischen Lähmungen (Hemiplegie, Monoplegie, Paraplegie) bei Kopf- und Rückenmarkschüssen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 3—6. S. 151.

Fraenkel, E., und Fr. Wohlwill, Das Zentralnervensystem bei Gasbrand. D. med. Woch. Nr. 19. S. 508.

Friedländer, R., Die Bedeutung der psychosomatischen Wechselwirkung für die Neurosenfrage. Neur. Zentralbl. Nr. 10. S. 338.

Gerstmann, J., Ein Beitrag zur Lehre von der Lokalisation der Sensibilität in der Großhirnrinde. Neur. Zentralbl. Nr. 13. S. 434.

Gött, T., Über Frühzeichen der postdiphtherischen Lähmung. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 669.

Greßmann, K., Über den Status epilepticus. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 37.

Hammond, P. E., The involvement of the external and internal popliteal nerves in lesions of the sciatic nerve. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

La Harpe, E. de, Quelques cas de claudication intermittende traités par les bains carbogazeux. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 7. S. 429.

Heinicke, W., 2. Psychogene Spasmen der Antagonisten als Heilungshindernis peripherer Schußlähmungen. Neur. Zentralbl. Nr. 10. S. 350.

Heinze, R., Über die Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen. Therap. Monatsh. H. 6. S. 192.

Hoffmann, F. A., Zur Kenntnis des Achillessehnenreflexes. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3 u. 4. S. 318.

Hößly, H., Über die Behandlung der kindlichen Spastiker (Hemi-Diplegie, Littlesche Krankheit). Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 28. S. 935.

Hübner, A. H., Über atypische Myotonie. Neur. Zentralbl. Nr. 11. S. 370.

Hutinel, Les méningites aiguës dans la syphilis héréditaire. Presse méd. Nr. 23. S. 205.

Jacobsohn, L., Zur Diagnose und Prognose der Hirngeschwulst. Therap. d. Gegenw. H. 5. S. 163.

Kasteele, R. P. van de, De specifieke diagnose, „tuberculeuse meningitis". Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. Nr. 7. S. 391.

Klewitz, F., Encephalitis haemorrhagica nach Altsalvarsan (Ausgang in Heilung). Med. Klin. Nr 26. S. 632.

Knapp, A., Pseudozerebellare Schläfenlappenataxie. D. med. Woch. Nr. 26. S. 717.

Krisch, H., Die Prophylaxe und allgemeine Behandlung der hysterischen Erscheinungen. Med. Klin. Nr. 25. S. 616.

Kühne, W., Funktionelle Störungen des Gehirns nach Kopfverletzungen und ihr Zusammenhang mit Hirnkrankheiten anderer Ursache. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Ivalidenw. Nr. 4. S. 73.

Löhmann, Die operative Behandlung der Epilepsie. Hyg Nr. 4. S. 39.

Löwenstein, K., und M. Borchardt, Symptomatologie und elektrische Reizung bei einer Schußverletzung des Hinterhauptlappens. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 3—6. S. 264.

Marchetti, G., La sieroterapia antimeningococcica con sistema misto di iniezioni endovenose e endorachidea. Rivista crit. di clin. med. Nr. 22.

Melland, Ch. H., Epidemic polioencephalitis (socalled epidemic botulism). Brit. med. Journ. Nr. 2994. S. 559.

Melland, Ch. H., Epidemic polioencephalitis (socalled epidemic botulism). Port II. Brit. med. Journ. Nr. 2995.

Meyer, M., Zur diagnostischen Beurteilung von Krampfanfällen bei Erwachsenen. Med. Klin. Nr. 21. S. 509.

Moral, H., Neuritis des Trigeminus und Fazialis. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 21.

Netter, A., et M. Solanier, Apparition des pneumocoques au cours du traitement des méningites cérébro-spinalés a méningocoques. Arch. de Méd. des Enf. Nr. 9. S. 449.

Pfeifer, B., Zur Lokalisation der Motilität und Sensibilität in der Hirnrinde. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 3—6. S. 216.

Popper, E., Beitrag zur kortikalen Lokalisation der Sensibilität. Neur. Zentralbl. Nr. 13. S. 447.

Pulay, Über einen foudroyant verlaufenden Fall von Kleinhirnabszeß mit Encephalitis und Hydrocephalus internus. Neur. Zentralbl. Nr. 14. S. 490.

Quetsch, Ein operatives Verfahren bei Radialislähmung. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 651.

Redlich, E., Bemerkungen zur Ätiologie der Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der Frage einer „Kriegsepilepsie". Wien. med. Woch. Nr. 17. S. 725; Nr. 18. S. 790; Nr. 19. S. 840.

Reinhardt, A., Über Varizen des Nervus ischiadicus und ihre Beziehungen zu Ischias und phlebogenen Schmerzen. Münchn. med. Woch. Nr. 26. S. 699.

Richter, H., Kortikal bedingte isolierte Lähmung der rechten Hand. Neur. Zentralbl. Nr. 13. S. 450.

Rothe, K. C., Die Aufzeichnung der Atemstörungen Sprachkranker. Die Umschau Nr. 33. S. 397.

Rożankowski, M., Beitrag zur Kasuistik der Encephalitis lethargica. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 620.

Salmon, A., Paralisi di *Landry* a forma poliomielitica in soggetto sifilitico. Rivista crit. di clin. med. Nr. 17 u. 18.

Schlecht, H., Über die Meningitis serosa traumatica, insbesondere bei Kriegsverletzten. Med. Klin. Nr. 19. S. 460.

Schoondermark, A., Over gevoelsstoornissen bij een aantal klinische gevallen van perifere zenuwlaesies. Psych. en neurol. Bladen Nr. 1 u. 2. S. 1.

Schüller, A., Die Kriegsneurosen und das Publikum. Wien. med. Woch. Nr. 24. S. 1085.

Siegenbeek van Heukelom, J., Ziekte van *Heine-Medin* in Rotterdam gedurende den zomer 1917. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 19. S. 1339.

Singer, K., Zur Klinik des Zitterns. Med. Klin. Nr. 29. S. 713.

Steward, S. T., Basal leptomeningitis resembling botulism. Brit. med. Journ. Nr. 2997.

Stopford, J. S. B., A preliminary note on the trophie disturbanecs in gunshot injuries of peripheral nerves. Lancet Nr. 4935.

Stopford, J. S. B., So-called functional symptoms in organic nerve injuries. Lancet Nr. 4945.

Strümpell, A., Einige Bemerkungen zur Ätiologie der multiplen Sklerose. Neur. Zentralbl. Nr. 12. S. 401.

Sztanojevits, L., Über psychogen bedingte assozierte „Blick"paresen. Wien. klin. Woch. Nr. 29. S. 812.

Turrell, W. J., The selective treatment of paralysed muscles. Lancet Nr. 4948.

Westphal, A., Über familiäre Myoklonie und über Beziehungen derselben zur Dystrophia adiposo-genitalis. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 3—6. S. 293.

Westphal, A., Weitere Mitteilung über Stäbchenzellenbefunde bei multipler Sklerose. Neur. Zentralbl. Nr. 12. S. 407.

Wirschubski, A., Ein Fall von Polydipsie als einer Varietät der „Hysteria monosymptomatica". Neur. Zentralbl. Nr. 9. S. 315.

10. *Krankheiten des Blutes.*

Diel, Ph., und M. Levy, Beitrag zum Studium der aleukämischen Myelose. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 139.

Esso Bzn., J. van, Een geval van acute pseudoleukaemie. Type *Pel-Ebstein* (chronisches Rückfallfieber). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 25. S. 1698.

Frattini, B., Anemia perniciosa progressiva + linfodenosi? Rivista crit. di clin. med. Nr. 12.

Giordano, V., Anemia perniciosa e anemia aplastica. S. L. A. G., éd., Genua. 1 vol in -8°. 220 S.

Gstrein, H., und R. Singer, Polyglobulie mit dem Symptomenkomplex einer Erythromelalgie nebst Bemerkungen über die Benzoltherapie. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 27. S. 423.

Hannema, L. S., Acute myeloblasten-leukaemie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 23. S. 1567.

Hélonin, Quelques considérations sur l'ictère picrique. Presse méd. Nr. 34. S. 312.

Lehndorff, A., Das weiße Blutbild bei Mumps. Wien. klin. Woch. Nr. 20. S. 560.

Lóránt, A., Über das Hämolysin der paroxysmalen Hämoglobinurie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1 u. 2. S. 148.

Matsunaga, T., Über myeloide Zellherde im Nierenhilusbindegewebe bei Leukämie. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 14. S. 377.

Naegeli, Über die Konstitutionslehre in ihrer Anwendung auf das Problem der Chlorose. D. med. Woch. Nr. 31. S. 841.

Rosenow, G., Das Blutbild bei der Grippe. Med. Klin. Nr. 30. S. 737.

Seyderhelm, R., Zur Pathogenese der perniziösen Anämien. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1 u. 2. S. 95.

Weidenmann, M., Zur Kasuistik schwerer Anämien während der Schwangerschaft. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 21. S. 702.

11. *Krankheiten des Stoffwechsels.*

Arnell, P., Om behandling av diabetes med prolongaad fasta. Hygiea Bd. 80. H. 14. S. 817.

Cammidge, P. J., The importance of regulating the fat-intake in diabetes mellitus. Brit. med. Journ. Nr. 2988.

Imbert, L., Remarques sur la greffe osseuse. Presse méd. Nr. 26. S. 233.

Léopold-Levi, Neuro-arthritisme à fluxions multiples par instabilité thyroïdienne. Presse méd. Nr. 21. S. 191.

Lubarsch, O., Generalisierte Xanthomatose bei Diabetes. D. med. Woch. Nr. 18. S. 484.

Poulton, E. P., The Goulstonian lectures on modern vieuws on diabetes and on the significance of acidosis in disease. Lancet Nr. 4947 u. 4948.

Rapin, A., und M. Turin, Determination de l'acidose dans le diabète par la mesure de la tension de l'acide carbonique dans l'air alvéolaire au moyen d'un appareil nouveau: Le „spirocarbanètre". Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 19. S. 600.

9. Chirurgie.

1. *Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, Operations- und Verbandlehre. (Tetanus, siehe Infektionskrankheiten S. 2.)*

Ball, W. Girling, Delayed primary suture. Lancet Nr. 4948.

Bayliss, W. M., Intravenous injection in wound shock. Brit. med. Journ. Nr. 2994. S. 553.

Bode, Deckung großer Weichteildefekte mittels „Muffplastik". D. med. Woch. Nr. 29. S. 799.

Böhler, L., Hat der Arzt das Recht, bei Knochenschußbrüchen die Wunde radikal auszuschneiden? Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 817.

Böhm, M., Über den unblutigen Anschluß von Stumpfmuskeln an Prothesenteile. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 652.

Bonney, V., and C. H. Browning, Sterilisation of the skin and other surfaces by mixture of crystal violet and brilliant green. Brit. med. Journ. Nr. 2994. S. 562.

Bösch, H., Orthopädisches Heimturnen. 1. Band: Für Armverletzte. Wien. A. Pichlers Ww. & Sohn. 121 S. mit 6 Taf. u. 68 Abb. 5 Mk.

Capelle, Über einige neue Narkoseversuche. D. med. Woch. Nr. 26. S. 716.

Carslaw, R. B., and W. Templeton, Acriflavine and proflavine, notes on their use in infected gunshot wounds. Lancet Nr. 4940.

Conradi, L. C., Krampfadern und Krampfadergeschwüre. Hyg Nr. 3. S. 33.

Desplas, B., et P. Millet, La réputation „choquante" de l'anesthésie rachidienne est-elle justifiée? Presse méd. Nr. 26. S. 234.

Dykgraaf, P. C., Knochentransplantation nach partieller Epiphysenlinienverbreitung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 388.

Franke, K., Über die Behandlung der Knochenfisteln nach Schußfrakturen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 195. H. 1 u. 2. S. 108.

Frankenthal, L., Die Folgen der Verletzungen durch Verschüttung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 572.

Frankfurter, O., Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Wien. med. Woch. Nr. 28. S. 1263; Nr. 29. S. 1301.

Gurd, F. B., A contribution to the technique of infected wound closure, more especially compound fractures. Remarks by Sir *Robert Jones.* Lancet Nr. 4943.

v. Gaza, Plastische Deckung freiliegender Arterien mit granulierendem Hautlappen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 27. S. 453.

Glaß, E., Über den Mißbrauch der Sonde. D. med. Woch. Nr. 25. S. 692.

Goetze, O., Ein neues Prinzip zur Wiederherstellung aktiver Beweglichkeit bei Schlottergelenken mit großem Knochendefekt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 28. S. 477.

Gräfenberg, E., und Sachs Müke, Die Anaërobier-Infektion der frischen Schußverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 541.

Gray, H. M. W., An essential principle in the treatment of gasgangrène. Brit. med. Journ. Nr. 2987.

Hahn, O., Über Pseudarthrosen nach Schußverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 113. H. 3. S. 423.

Handley, W. S., and P. J. Halon, A method for the drainage of deep wounds of the thigh. Lancet Nr. 4943.

Harde, E. S., et A. Hauser, L'association streptocoque-staphylocoque dans les ostéites chroniques. Presse méd. Nr. 18. S. 164.

Hertzell, C., Gehübungen unter künstlich vermindertem Körpergewicht. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 511.

Hesse, W., Die Behandlung des Erysipels mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 505.

Hohmann, G., Die operative Behandlung der Kontrakturen und Ankylosen der Gelenke. Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 533.

Hosemann, Der lange Chloräthylrausch. Med. Klin. Nr. 27. S. 662.

Hull, A. J., The emergency treatment of wounds. Brit. med. Journ. Nr. 2998.

Jacobi, W., Über den Wert des Coenenschen Kollateralzeichens. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 6. S. 125.

Janssen, P., Die Indikation für die Entfernung von Steckgeschossen, ihre Lokalisation und Bemerkungen zur operativen Technik. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 1. S. 125.

Jeunet, F., Acidose et chirurgie. Presse méd. Nr. 27. S. 246.

Kaiserling, O., Repetitorium der Massage als Vademekum für Studierende und Ärzte. 2. Auflage. Leipzig 1917. Joh. Ambr. Barth. 31 S. Brosch. 1 Mk. 20 Pf., geb. 1 Mk. 90 Pf.

Kehl, H., Über die Naht frischer Amputations- und Gelenkwunden nach Schußverletzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 818.

Keppler, W., Die intravenöse Methode der lokalen Behandlung entzündlicher Prozesse. Zentralbl. f. Chir. Nr. 24. S. 399.

Keysser, Fr., Bewertung neuerer chirurgischer Transplantationsbestrebungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 660.

Klapp, R., Weitere Mitteilung über Tiefenantisepsis bei Kriegsverletzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 497.

Krecke, Über die Trockenlegung von Wunden (Tamponade und Dränage). Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 501.

Kulenkampff, D., Kurzes Repetitorium der Chirurgie. I. Teil: Allgemeine Chirurgie. 4. umgearbeitete Aufl. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 181 S. mit 9 Abb. im Text. Brosch. 4 Mk., geb. 4 Mk. 60 Pf.

Kulenkampff, D., Kurzes Repetitorium der Chirurgie. II. Teil: Operationslehre. 3., völlig neubearbeitete Aufl. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 195 S. mit 16 Abb. im Text. Brosch. 5 Mk., geb. 5 Mk. 50 Pf.

Lehmann, W., Erfolge und Erfahrungen bei 115 Nervenoperationen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 2. S. 143.

Lexer, E., Die Behandlung der Pseudarthrosen nach Knochenschüssen. Med. Klin. Nr. 20. S. 482.

Löwy, O., Zur klinischen Diagnose „Gasentzündung". Wien. klin. Woch. Nr. 28. S. 781.

Macnoughton Jones, M., A note on the sterilisation of local anaesthetic. Lancet Nr. 4948.

Manninger, W., Zur intravenösen Methode der lokalen Behandlung entzündlicher Prozesse. Zentralbl. f. Chir. Nr. 24. S. 402.

Masmonteil, F., Le décalage du cubitus. Presse méd. Nr. 19. S. 170.

Mehltretter, J., Über die therapeutische Anwendung von Silberfarbstoffverbindungen in der Chirurgie. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 654.

Nobl, G., Der variköse Symptomenkomplex (Phlebektasie, Stauungsdermatose, Ulcus cruris), seine Grundlagen und Behandlung. 2. umgearbeitete u. erweiterte Aufl. Wien. Urban & Schwarzenberg. 324 S. mit 139 farb. Abb. im Text, 3 farb. u. 2 schwarzen Taf. Brosch. 15 Mk., geb. 18 Mk.

Payr, E., Über Wiederbildung von Gelenken, ihre Erscheinungsformen und Ursachen; funktionelle Anpassungs-Regeneration. D. med. Woch. Nr. 30. S. 817; Nr. 31. S. 849.

Pearson, W., Splints for use in arm, ankle and leg injuries, with some observations on treatment. Lancet Nr. 4941.

Peiser, A., Die Frühoperation der Gelenkschußverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 523.

Perthes, G., Über Sehnenoperationen bei irreparabler Radialislähmung, nebst Studien über die Sehnenverpflanzung und Tenodese im allgemeinen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 113. H. 3. S. 289.

Pfanner, W., Zur Frage der Lokalanästhesie. Wien. klin. Woch. Nr. 31. S. 863.

Putti, V., An adress on kineplastic amputations. Lancet Nr. 4945.

Renner, Ist der Chloräthylrausch ganz ungefährlich? D. med. Woch. Nr. 21. S. 578.

Richards, O., The selection of abdominal cases for operation. With reference to a series of 200 operations. Brit. med. Journ. Nr. 2991. S. 471.

Ritter, C., Die Behandlung eitrig-septischer Gelenkentzündungen nach Schußverletzung im geschlossenen Gipsverband. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 777.

Robertson, O. H., A method of citrated blood transfusion. Brit. med. Journ. Nr. 2991. S. 477.

Robertson, O., Transfusion with preserved red blood cells. Brit. med. Journ. Nr. 2999.

Rübsamen, W., Weitere Erfahrungen über die Sakralanästhesie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. S. 441.

Salomon, A., Über Wundverklebung nach *Bier*. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 645.

Salomon, R., Beitrag zur Lehre der arteriovenösen Schußaneurysmen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 113. H. 3. S. 369.

Sarbo, A. v., Ein Fall von sogenanntem lokalisierten Tetanus infolge einer Stichverletzung. Wien. klin. Woch. Nr. 29. S. 806.

Schaefer, H., Eine neue fortlaufende Naht. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 15. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 8. S. 30.

Schlatter, C., Die Behandlung der Furunkel und Karbunkel. D. med. Woch. Nr. 19. S. 505.

Schlatter, C., Die Behandlung der akuten (hämatogenen) Osteomyelitis. D. med. Woch. Nr. 26. S. 706.

von Schlotheim, Über Kallusbildung auf Grund systematischer Röntgenaufnahmen bei heilenden Knochenbrüchen. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 5 u. 6. S. 289.

Smith, A. Lepthorn, Post-operative pulmonary embolism due to the condition of the blood. Brit. med. Journ. Nr. 2997.

Symonds, Ch. J., Post-operative thrombosis and embolism. Brit. med. Journ. Nr. 2986.

Stadel, F., Die Varizen und ihre chirurgische Behandlung. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 3 u. 4. S. 212.

Steinitz, E., Ein interessanter Fall von Geschoßwanderung. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 794.

Taylor, W. H., and N. B. Taylor, Liquid tight closure and the treatment of wounds. Lancet Nr. 4941.

Thies, A., Die Gefahr der Allgemeinnarkose bei der Behandlung des Gasödems. D. med. Zeitschr. Nr. 24. S. 650.

Unna jun., P., Die Behandlung der Furunkulose. Wien. klin. Rundschau Nr. 27 u. 28. S. 148.

Wade, R., Methode of general anaesthesia in facial surgery. Lancet Nr. 4945.

Wallast, M. L. J., Over de plantselijke gevoelloosheid volgens de methode van *Braun*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 26. S. 1811.

Westberg, F., Impermeable (Prießnitzsche) Verbände mit Guajakolvasogen. Med. Klin. Nr. 27. S. 667.

Wohlgemuth, H., Eine interessante Aneurysmaoperation. Beitrag zur Frage der Frühoperation und der Geräusche bei Aneurysmen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23. S. 383.

Wright, A., The conditions under which the sterilisation of wounds by physiological agency can be obtained. Lancet Nr. 4946.

Ziegner, H., Beiträge zu den infizierten Gelenksteckschüssen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 5 u. 6. S. 362.

Zondek, B., Zur Diagnose des Aneurysma traumaticum. Zentralbl. f. Chir. Nr. 28. S. 480.

2. *Kopf und Hals.*

Blouwknip, H. J. J., Een geval van geïsoleerde rotatie-leratie in de halsmervelkolom. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 4. S. 357.

Bornhaupt, L., Hirnzyste des rechten Seitenventrikels operativ geheilt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 24. S. 404.

Breslauer, F., Die Pathogenese des Hirndrucks. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 615.

Brown, H. H., Aneurysm of the third part of the left subclavian artery, successfully treated by ligature of the second part. Brit. med Journ. Nr. 2996.

Capelle, W., Medikamentöse und operative Behandlung der Struma. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 11. S. 281.

Cole, P. P., Hunterian lecture (abstract of) on nonunion of war fractures of the mandible. Lancet Nr. 4935.

Danziger, F., Idioplastik oder Alloplastik? Ein neuer Vorschlag zur Deckung von Schädeldefekten. Zentralbl. f. Chir. Nr. 26. S. 429.

Demmer, F., Zur Pathologie und Therapie der Commotio und Laesio Cerebri. Wien. klin. Woch. Nr. 26. S. 717.

Drüner, L., Über Aneurysmen der Karotis und Bemerkungen zu dem Aufsatz *R. Lauensteins*, Beitrag zum Aneurysma der Vertebralis in Nr. 10 dieser Zeitschrift. Zentralbl. f. Chir. Nr. 31. S. 527.

Erkes, F., Über Schußverletzungen der Luft- und Speisewege am Hals. Zentralbl. f. Chir. Nr. 22. S. 370.

Ertl, Joh. v., Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte. Osteo-periostale Plastik. Gesichtsplastik. Transplantation. — Transplantation mit biegsamem Transplantat. Beiträge zur Biologie der Knochen-Transplantation. Wien. Urban & Schwarzenberg. 168 S. mit 101 Textabb. u. 35 Taf. Brosch. 24 Mk., geb. 28 Mk.

Fromme, Beitrag zur Behandlung der Hirnzysten. D. med. Woch. Nr. 29. S. 788.

Hirsch, K., Ein Fall von embolischer Projektilverschleppung in den rechten Herzvorhof mit Einbohrung in die Herzwand. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 733.

Hofer, G., Schußverletzungen der Kieferhöhle. Med. Klin. Nr. 22. S. 537.

Kappis, M., Zur Deckung von Gaumendefekten mit gestielten Halshautlappen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23. S. 381.

Martenstein, H., Beitrag zur Chirurgie der Hirntumoren. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 3 u. 4. S. 145.

Pichler, H., Doppelte Unterkieferresektion in einem Fall von hochgradiger Progenie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 444.

Pitres, A., et L. Marchand, Les séquelles subjectives du syndrome commotionnel chez les blessés cranio-cérébraux. Presse méd. Nr. 28. S. 253.

Platt, H., G. G. Campion and B. J. Rodway, On bone-grafting in gunshot injuries of the mandible. Lancet Nr. 4935.

Pölya, E., Über pulsierende Hämatome der Parotis nach stumpfer Verletzung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 31. S. 525.

Pötzl, O., Über die räumliche Anordnung der Zentren in der Sehsphäre des menschlichen Großhirns. Wien. klin. Woch. Nr. 27. S. 745.

Poulard, A., Traitement des cicatrices faciales. Presse méd. Nr. 24. S. 221.

Rawling, L. Bathe, Cerebral oedema (excess cerebrospinal fluid): its causation and surgical treatment. Brit. med. Journ. Nr. 2992. S. 499.

Rehn, E., Gegen die wahllos aktive Behandlung der Schädelschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 676.

Rèthi, L., Die operative Kürzung des Griffelfortsatzes des Schläfebeins wegen Schlingbeschwerden. Wien. med. Woch. Nr. 20. S. 885.

Scherbak, A. L., Physikalische Diagnose eines Hirnabszesses. Wien. klin. Woch. Nr. 27. S. 760.

Schloeßmann, Die chirurgische Behandlung der Kieferschußverletzungen. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 25. S. 223; Nr. 26. S. 232.

Sgalitzer, M., Die röntgenographische Darstellung der Luftröhre mit besonderer Berücksichtigung ihrer Veränderungen bei Kropfkranken. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 418.

Villandre, Ch., Extraction des corps étrangers métalliques ayant pénétré dans la boîte cranienne. Lyon chir. Bd. 14. H. 5.

Voeckler, Th., Ersatz der Nasenspitze durch die frei transplantierte Zehenbeere. Zentralbl. f. Chir. Nr. 31. S. 530.

3. *Wirbelsäule.*

Borchard und Cassirer, Über Behandlung von Rückenmarksverletzungen durch die Förstersche Operation. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 5. S. 589.

Kahlmeter, G., Bidrag till kännedomen om spondylitis deformans. Svenska läkaresällsk. handl. Bd. 44. H. 2. S. 169.

Kankeleit, O., Über die Deutung von streifenförmigen Schatten neben der Brustwirbelsäule im Röntgenbild. Nachtrag zu meiner Arbeit in Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 424 u. 425. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 822.

Kraßnig, M., Ein Beitrag zur Pathologie und Klinik der Halsmarkverletzungen. Wien. klin. Woch. Nr. 25. S. 694.

4. *Brust, Bauch und Becken.*

Albu, Gehäufte Erkrankungen der Gallenwege während der Kriegszeit. Med. Klin. Nr. 22. S. 534.

Bal, T., Ein Fall von Torsionsileus. Wien. med. Woch. Nr. 29. S. 1307.

Baumann, E., Beitrag zur sogen. spontanen Perforation des Darmes oberhalb von Strikturen und Okklusionen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 504.

Bircher, E., Zur Technik der Gastropexie und Hepatopexie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 27. S. 449.

Brunzel, H. F., Über eine eigenartige Form des paralytischen Ileus nach Genuß roher Vegetabilien. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 1 u. 2. S. 1.

Charles, R., Gunshot wounds of the abdomen at a casualty clearing station. 150 consecutive operations for penetrating abdominal wounds. Brit. med. Journ. Nr. 2986.

Cheyne, W. W., and A. Edmunds, Caecoplication. Lancet Nr. 4946.

Christopherson, J. B., and M. Izzedin, Acute intestinal obstruction by tape worms (T. saginata): mechanical blocking of the ileo-caecal valve, necessitating laparotomy. Brit. med. Journ. Nr. 2999.

Clairmont, P., Über die Mobilisierung des Duodenums von links her. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 104.

Denk, W., Über ausschaltende Operationen am Darm. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 131.

Desmarest, L'ablation des cancers du rectum par la voie coccy-périnéale. Presse méd. Nr. 20. S. 180.

Didier, R., L'extraction des projectiles du hile pulmonaire. Presse méd. Nr. 18. S. 162.

Dobson, J. F., A lecture on some features of gunshot wounds of the chest. Brit. med. Journ. Nr. 2998.

Drüner, L., Die Verwendung der Steppnaht bei der Magenresektion. Zentralbl. f. Chir. Nr. 27. S. 456.

Edwards, F. Swinford, Fistula in ano. Why is operative interference so often ineffectual? Lancet Nr. 4941.

Exalto, J., Über die chirurgische Therapie bei Magengeschwüren oder Geschwüren des Duodenums. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 112. S. 86.

Fieber, E. L., Eigenbluttransfusion bei Milzzerreißuug. Zentralbl. f. Chir. Nr. 25. S. 413.

Finsterer, H., Doppelter Darmverschluß durch Einklemmung des Darmes in einer Hernia retrocoecalis und in einer Hernia inguinoproperitonealis. Med. Klin. Nr. 29. S. 710.

Finsterer, H., Zur Diagnose und Therapie der stumpfen Bauchverletzungen. Wien. med. Woch. Nr. 27. S. 1217; Nr. 28. S. 1270.

Finsterer, H., Zur Frage der Lokalanästhesie in der Bauchchirurgie. Wien. klin. Woch. Nr. 31. S. 860.

Haberer, H. v., Über einen geheilten Fall von hochgradiger amnotischer Abschnürung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 351.

Haberer, H. v., Zur Kasuistik der medianen retroperitonealen Tumoren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 266.

Hermann, M. W., Über Verhütung der Rückfälle bei Torsion des S romanum. Zentralbl. f. Chir. Nr. 25. S. 419.

Holzinger, J., Milzruptur, kompliziert durch Gasbrand einer Extremität. Wien. klin. Woch. Nr. 24. S. 665.

Kaehler, M., Zur Leistenbruchoperation. Med. Klin. Nr. 19. S. 465.

Kerekes, J., Über einen Fall von subkutanem Totalabriß der Flexura duodenojejunalis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. S. 511.

Koennecke, W., Zur Kasuistik der eingeklemmten Hernia obturatoria. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 1 u. 2. S. 138.

Kofránek, J., Beiträge zur chirurgischen Behandlung der malarischen Megalosplenie. Der Militärarzt Nr. 4. S. 77.

Konjetzny, G. E., Zur Prognose der Lungenschußverletzungen (Aneurysma der Arteria pulmonalis, Bronchiektasenbildung, Miliartuberkulose, produktive hämorrhagische Pleuritis, Spätblutungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 671.

Laméris, H. J., Notizen zur Gallensteinchirurgie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 1.

Läwen, A., und E. Hesse, Weitere Beiträge über Bakterienbefunde bei frischen Kriegsschußwunden, besonders bei Lungenverletzungen (anärobe Pleurainfektion). D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 5 u. 6. S. 330.

Leischner, H., Über Zökalfisteln. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 160.

Lengnick, H., Beitrag zur Resektion des großen Netzes. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 187.

Martin, Ch., A propos d'un cas de hernie diaphragmatique de l'estomac, du colon et de la rate. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 6. S. 363.

Montandon, Un cas de hernie diaphragmatique diagnostiquée chez un adulte. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 6. S. 373.

Morley, J., Shell wounds of the pancreas causing pancreatic pseudo-cyst. Brit. med. Journ. Nr. 2986.

Mulley, K., Ein Fall von Aneurysma der Arteria lienalis, geheilt durch Splenektomie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 205.

Naegeli, Th., Exstirpation einer Dermoidzyste des vordern Mediastinum. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 672.

Noetzel, W., Zur Kasuistik der Invaginatio ileocoecalis beim Säugling und beim Erwachsenen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 180.

Noetzel, W., Zur Operation des penetrierenden Magengeschwürs der kleinen Kurvatur und Hinterwand. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 567.

Ostwald, E., Über Wiederinfusion abdominaler Massenblutungen. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 679.

Payr, E., Zur operativen Behandlung der fixierten „Doppelflintenstenose" an der Flexura coli sinistra — Kolonwinkelsenkung — (zugleich ein Eingriff gegen bestimmte Formen chronischer Ostipation). Zentralbl. f. Chir. Nr. 27. S. 446.

Plenz, P. G., Zur Entgegnung in der Frage der Rezidive von Leistenbrüchen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23. S. 387.

Pöppelmann, Ein ungewöhnlicher Brustschuß. D. med. Woch. Nr. 22. S. 604.

Praag, S. W., Hernia diaphragmatica door schotverwonding. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 26. S. 1820.

Propping, K., Neue Wege zur Behandlung der Empyemhöhlen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 80. S. 509.

Propping, K., Über die Behandlung der Bauchschüsse bei der Sanitätskompagnie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 2. S. 251.

Redwitz, E. v., Weitere Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1. S. 42.

Rosenthal, M., Über auffallend häufiges Auftreten von Magengeschwürsperforationen in der letzten Zeit. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 551.

Rossem, C. D. van, Over de resultaten van de chirurgische behandeling van darminvaginaties bij kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 19. S. 1326.

Rothschild, D., und W. V. Simon, Metastatische Osteomyelitis des Schulterblattes nach metapneumonischem Abszeß. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 641.

Rübsamen, W., Zur operativen Behandlung von Rektumprolapsen mittels freier Faszientransplantation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 496.

Saint, Ch. F. M., Abdominal operations at on advanced operating centre. Fifty consecutive cases of penetrating wounds of abdomen, in sinteen of which the chest was involved. Brit. med. Journ. Nr. 2991. S. 473.

Schulz, K., Zwei mit Erfolg operierte Fälle von Dünndarmruptur. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 3 u. 4. S. 281.

Schum, H., Verletzungen der Aorta durch stumpfe Gewalt. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 113. H. 3. S. 411.

Shann, H., The surgical treatment of cancer of the large intestine. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 3. S. 403.

Sweath, W. A., Choledocho-enterostomy for constriction of the common bile duct following a perforated duodenal ulcer. Brit. med. Journ. Nr. 2993. S. 531.

Taylor, G., Temporary caecostomy in resection of the distal portion of the colon for non-obstructive. Brit. med. Journ. Nr. 2998.

Veyrassat, Abouchement anormal du rectum dans le cul-de sac postérieur du vagin. Absence complète d'amis. Opération de *Rizzoli*. Guérison. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 7. S. 433.

Vliet, J. C. van, Bijdrage tot de kennis der maagfunctie na resectie. Inaug.-Diss. Leiden, Juni. S. C. v. Doesburgh. 87 S. mit 3 Kurven u. etwa 70 Röntgenaufnahmen.

Wagner, A., Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 1 u. 2. S. 15.

Walzberg, Th., Über Enterostomie bei Kotstauung im Darm. Med. Klin. Nr. 22. S. 535.

Wendling, H., Ausschaltung der Nervi splanchnici durch Leitungsanästhesie bei Magenoperationen und andern Eingriffen in der oberen Bauchhöhle. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 517.

Wieting, Leitsätze für die Schußverletzungen der Brustwand und Lungen. D. med. Woch. Nr. 21. S. 570; Nr. 22. S. 599.

Wilms, Die Diagnose der durch Gallensteine bedingten akuten und chronischen Cholezystitis und ihre Behandlung an Hand von 1000 Gallensteinlaparotomien. Med. Klin. Nr. 21. S. 507.

Wilms, Die Technik der Gallensteinoperationen auf Grund von 1000 Gallensteinlaparotomien. Med. Klin. Nr 27. S. 660.

Zehbe und Stammler, Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der Steckschüsse im Mittelfellraum und der traumatischen Aortenaneurysmen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 5. S. 732.

Zindel, L., Über chirurgische Eingriffe bei multiplem Leberzystadenom. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 655.

Zindel, L., Über metapneumonische Strumitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 649.

5. *Harn- und männliche Geschlechtsorgane.*

Blair Bell, W., Notes on a method of dealing with the divided ureters when implantation into the bladder is impossible or when that viscus is absent. Lancet Nr. 4946.

Blakeway, H., Hernia of urinry bladder: notes of cases with remarks on strangulation of femoral herniae and its treatment. Lancet Nr. 4945.

Campen, J. van, Orchidopexie volgens *Keetly-de Beule*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 1. Hälfte Nr. 26. S. 1828.

Haberer, H. v., Beitrag zur Nierenchirurgie, an der Hand von 100 Fällen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1. u. 2. S. 194.

Heekes, J. W., A case of prompt recovery after nerve suture. Brit. med. Journ. Nr. 2992. S. 507.

Kirschner, Zur Operation der Hydrocele testis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 485.

Mac Munn, J., On bladder drainage and irrigation. Lancet Nr. 4941.

Mayer, A., Über die Behandlung von Insuffizienz des Blasenschließmuskels mit Injektion von flüssigem Menschenfett. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. S. 473.

Neander, A., Om den operativa behandlingen av blastumörerna och dess resultat, särskilt med hänsyn tilde u Serafimerlasarettets kirurgischer kliniker 1901 bis 1915 intagna. Hygiea Bd. 80. H. 12. S. 753.

Rawls, R. M., A preliminary report of an operation for cystocele. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 3. S. 359.

Rothschild, A., Plastischer Verschluß größerer Harnröhrenfisteln. D. med. Woch. Nr. 23. S. 632.

Schoo, H. J. M., I Eénzijdige verdubbeling van het nierbekken en de ureteren met verwikkelingen; II Aangeboren vernauwing van den ureter; III Totale ectopia vesicae bij 51-jarige vrouw; IV Spontaan opengaan deraurachus bij rententie der urine door blaassteen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 24. S. 1663.

Schubert, G., Zur Operation der Phimose. D. med. Woch. Nr. 19. S. 523.

Stroug, L. W., Hypernephroma of the kidney. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 4. S. 577.

Wintz, H., Ureternaht mit Hilfe von Tubulisation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. S. 393.

6. *Extremitäten.*

Baumann, E., Die unblutige Behandlung der frischen Frakturen am oberen Humerusende. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 490.

Becker, J., Zur Unterschenkelamputation. D. med. Woch. Nr. 26. S. 717.

Bircher, E., Die Gabelhand, zugleich ein Beitrag zur Theorie und Mißbildungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 187.

Böhler, L., Anatomische und pathologische Grundlagen für die Bewegungsbehandlung von Verletzungen im Bereiche des Sprunggelenkes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 25. S. 421.

Böhler, L., Über die Behandlung der Schulterverrenkungen ohne Verband und mit sofortigen aktiven Bewegungen. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 734.

Bramwell, H, Internal derangements of the kneepoint. Brit. med. Journ. Nr. 2995.

Corner, E., War sears and their pains: with special reference to so painful amputation stumps. Brit. med. Journ. Nr. 2998.

Desfosses, P., Soins à donner aux moignons. Presse méd. Nr. 32. S. 290.

Federmann, A., Behandlung der Oberschenkelschußbrüche mit Rehscher Extensionszange. Zentralbl. f. Chir. Nr. 26. S. 436.

Federmann, A., Über Frühoperation der Kniegelenkschüsse. D. med. Woch. Nr. 30. S. 827.

Finsterer, H., Ausgedehnte Magenresektion bei Ulcus duodeni statt der einfachen Duodenalresektion bzw. Pylorusausschaltungen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 26. S. 434.

Föderl, O., Über ambulante Extensionsbehandlungen von Oberarmfrakturen. Wien. med. Woch. Nr. 19. S. 829.

Jüngling, O., Ein typisches Phänomen (schnappender Ellbogen) bei angeborener Verlagerung des Radiusköpfchens nach vorn. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 110. H. 3. S. 588.

Kirschner, Ein Verfahren, die Knochen und die Gelenke der Fußwurzel übersichtlich freizulegen. D. med. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 1. u. 2. S. 69.

Kohlhardt, H., Streckschiene für den Speichenbruch am Handgelenkende. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 113. H. 3. S. 419.

Krukenberg, H., Zur Behandlung der Fußwurzelschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 820.

Ludloff, K., Die Beseitigung des Hallux valgus durch die schräge planta-dorsale Osteotomie des Metatarsus I. (Erfahrungen und Erfolge.) Archiv. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1. u. 2. S. 364.

Putti, V., The utilization of the muscles of a stump to actuate artificial limbs: cinematic amputations. Brit. med. Journ. Nr. 2997.

Rocyn Jones, A., Acute metatarsal overstrain (footswelling). Brit. med. Journ. Nr. 2190.

Richter, Die Behandlung von Kniegelenk-Schußverletzungen, ein Beitrag zur Kasuistik dieser Frage. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 2. S. 209.

Ritschl, A., Vermeidbare Deformitäten und Störungen an den unteren Gliedmaßen. Med. Klin. Nr. 29. S. 705.

Rosenthal, M., Ein Fall von sehr schöner Neubildung des Schenkelkopfes und -halses nach Resektion des Hüftgelenks. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 2. S. 286.

Rotgans, J., Behandeling van enkelbreuken. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 24. S. 1663.

Schaefer, H., Ein Fall von habitueller Patellarluxation. D. med. Woch. Nr. 24. S. 659.

Schede, F., Zur Mechanik des künstlichen Kniegelenks. Ein aktives Kunstbein. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 616.

Schepelmann, E., Über die operative Verlängerung stark verkürzter Gliedmaßen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 435.

Sneyd, G. C., Remarks on the treatment of fracture of the lower limb. Lancet Nr. 4937.

Thöle, Die Behandlung der Schußverletzungen des Kniegelenks. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 112. H. 1. S. 1.

Ulrichs, B., Oberschenkel- und Oberarmamputationen mittels eines einfachen Weichteilschützers. D. med. Woch. Nr. 22. S. 605.

Wassink, W. F., Beschouwingen over onderbeenbreuken. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 1. S. 19 u. Nr. 2. S. 78.

Weinert, A., Herstellung der Drehbewegung des Vorderarmes bei Versteifung des Ellenbogengelenks. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 678.

Wiedhopf, Die Leitungsanästhesie der unteren Extremität. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 1 u. 2. S. 79.

10. Gynäkologie.

Adolf, S., Über Strictura ovarii. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 2 u. 3. S. 657.

Ahlfeld, F., Ein Rückblick. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 379.

Allmann, J., Operation oder Bestrahlung bei klimakterischen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. S. 428.

Bab, H., Uterus duplex und Hypertrichosis. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 364.

Bab, H., Zur Klinik und Pathologie der Dermoide und Teratome. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. S. 384.

Bracht, E., Präkanzeröser Vulvatumor. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 394.

Bretschneider, Meine Erfahrungen über Röntgenbestrahlung der Uterusmyome auf Grund von 43 selbst bestrahlten Fällen. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 539.

Broun, Le Roy, Surgical record system of the woman's hospital. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77, H. 4. S. 642.

Bugbee, H. G., Report of a case illustrating the volue of kidney drainage with the ureteral catheder, of pelvis lavage and intraureteral manipulation. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 781.

Chevallier, P., Le traitement pratique de la blenorrhagie chez la femme. Presse méd. Nr. 28. S. 256.

Corscaden, J. A., The rationale of radiotherapy in uterine hemorrage. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77, H. 2. S. 250.

Dougal Bissell, Intermittent hydro- and pyonephrosis in the female with special reference to the abnormally movable kidney and ureter. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 543.

Duncan, H. A., The pathology and treatment of peritoneal and pelvic tuberculosis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 288.

Egli, F., Die Resultate der operativen Behandlung des Uteruskarzinoms an der Frauenklinik in Basel. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 21. S. 699.

Fothergill, U. E., A clinical lecture on the bad habit of vaginal douching. Brit. med. Journ. Nr. 2990.

Fränkel, M., Die kombinierte Strahlenbehandlung von Frauenleiden. Allg. med. Zentralztg. Nr. 24. S. 93.

Friedländer, C., Zur konservativen Behandlung in der Gynäkologie. Klin.-therap. Woch. Nr. 23. u. 24. S. 177.

Füth, H., Zur Operation der Blasenscheidenfisteln. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 489.

Grad, H., Perforation of the vagina by a papillary upt of the ovary. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 588.

Grad, H., Statistical study of one hundred cases of pyosalpinx. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 360.

Gräfenberg, E., Die zyklischen Schwankungen des Säuretiters im Scheidensekret. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 2 u. 3. S. 628.

Heineberg, A., Bloodless repair of the cervix uteri. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 652.

Herde, Ein seltener Fall von Tubenfibrom mit Stieldrehung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 21. S. 706.

Keitler, H., Über vikariierende Menstruation. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 499.

Kennedy, J. W., Pathology and surgical treatment of gonorrheal infection of the female generative organs. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 282.

Klinkert, D., Enkele opmerkingen omtreat de menstruatie-eosinophile. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1517.

Koblanck, A., Operation oder Bestrahlung bei klimakterischen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. S. 505.

Kritzler, Die Gummiabdeckung des Scheideneinganges, der äußeren Geschlechtsteile und ihrer nächsten Umgebung bei geburtshilflichen Eingriffen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. S. 507.

Kuthe, E., und H. Voswinkel, Über ein neues Antidysmenorrhoicum. Med. Klin. Nr. 20. S. 496.

Lichtenstein, F., Diaplessie des Uterus, eine neue Methode gegen Atonie. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 580.

Lichtenstein, F., A. Konzeption durch die Harnröhre, Abortus in die Harnblase nach Kolpokleisis. Heilung durch Laparotomie mit Erhaltung der Kolpokleisis. B. Beitrag zur Biologie der Spermatozoen im Harn als Beweis für die urethrale Konzeption. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 591.

Lichtenstein, F., Ohne Eigenbluttransfusion sollte keine wegen Tubarusur operierte Frau mehr an Verblutung sterben. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 599.

Martin, A., Gynäkologie 1917/18. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 19.

Mattiesen, E., Zur Kasuistik der Karzinombehandlung mit Antimeristem (*Schmidt*). Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 534.

Mitscherlich, E., Einmalige Bestrahlung oder Serienbestrahlung bei Myomen und Metropathien? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 525.

Mönch, G., Über Rundzellenknötchen im Endometrium. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 2 u. 3. S. 483.

Nierstrasz, B., De therapeutische waarde der curettage. Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 7. S. 357.

Pinkham, E. W., Ileus following gynecological laperotomies. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 614.

Pototschnig, G., Zur Frage der kongenitalen Exzeßbildung des Uterus und der Scheide. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 11. S. 297.

Ries, E., A new operation for prolapse of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 758.

Rißmann, P., Die Heilung der Hohlwarzen ohne Operation. D. med. Woch. Nr. 25. S. 693.

Roedelius, E., Zwei Fälle von Perforation eines Dermoids in die freie Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. S. 354.

Schiller, H., An unusual ulcerative process of the vulva. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 398.

Schilling, F., Jahresgrenzen des Einsetzens und Versiegens der Menstruation. Wien. klin. Rundschau Nr. 24 u. 26 S. 136.

Schülein, Über den Einfluß des Krieges auf die Erkrankungen des weiblichen Geschlechts. D. med. Woch. Nr. 23. S. 629.

Schwarz, E., On a case of uterus bicornis with rudimentary hemiatretic horn. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 583.

Shoop, F. J., The present status of deep radiotherapy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 656.

Sippel, A., Corpus luteum und Menstruation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 361.

Smit, H. P. A., Over de beteekenis van der conservative behandeling der ovaria bij gynaekologische operation. Inaug.-Diss. Leiden, Juni. Verlag Eduard Ydo, Leiden. 96 S.

Spitzer, S., Arsoferrin in der Frauenpraxis. Klin.-therap. Woch. Nr. 23 u. 24. S. 176.

Stone, W. S., An estimate of radium therapy in uterine cancer. Amer. Journ. of. Obst. Bd. 77. H. 3. S. 390.

Stone, J. S., The development and the perfection of the „interposition operation“ for prolapse of uterus and bladder. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 373.

Torvey, D. W., Ten year's experience with early mobilization after abdominal pelvic operations. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 2. S 237.

Vererting, M., Kriegsamenorrhöe und Sterilität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 367.

Walther, Blasenmole im präklimakterischen Alter. Med. Klin. Nr. 21. S. 513.

Weber, F., Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Colpotomia posterior. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 715.

Weidenmann, M., Thyreoidea und Menstruation. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 419.

Wille, O., Trichomonas-Kolpitis. Nachbehandlung mit Einpuderung. Med. Klin. Nr. 21. S. 520.

Yakchitch, Quelques considérations statistiques sur I: L'âge des femmes attaintes de fibromes ou de cancers utérins; II Le nombre des gravidités antérieures à l'opération; III La coïncidence du cancer et du fibrome utérin (A propos de 908 observations). Ann. de gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 1 u. 2. S. 40.

11. Geburtshilfe.

Applegate, J. C., Report of fibromyxomatous degeneration of the chorion with four consecuture pregnancies in the some patient. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 400.

Bar, P., Quelques problémes d'ordre social intéressant la mère et l'enfant. I. De la protection maternelle et infantile pendant les trois premières années de la guerre dans le camp retranché de Paris. II. La protection de l'ouvrière enceinte ou nourrice dans l'usine. III. La lutte contre l'abortement criminel. IV. De la situation des sages-femmes en France et de la nécessité de réglementer leur profession. Arch. mens. d'Obst. Bd. 6. H. 10 bis 12. S. 273.

Beitler, F. V., Reduction of infant mortality due to prenatal and obstetrical conditions. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 481.

Benthin, W., Die Erhaltung des Kindeslebens in der Geburt. Med. Klin. Nr. 28. S. 680.

Blacker, G., Twilight sleep: its disadventages and advantages. Lancet Nr. 4934.

Bovée, J. Wesley, The conflict of clinical with microscopical evidence in the diagnosis of tubal and ovarian pregnancies. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 370.

Brindeau, A., Rupture et inversion utérines combinées. Arch. mens. d'Obst. Bd. 6. H. 7 bis 9. S. 195.

Davis, A. B., Pyelitis complicating pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 383.

Davis, E. P., Delivery by abdominal section. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 786.

Davis, J. E., Retained secundines, a study of etiological factors. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 192.

Dienst, Die Eiweißstoffe im Blutplasma unter normalen Verhältnissen, in der Schwangerschaft und bei der Eklampsie, zugleich ein Beitrag zur Fibrinogenfrage und zur Pathogenese der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 669.

Dorman, F. A., The toxemias of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 604.

Emge, L. A., Further observations on acidosis in pregnancy (with spezial reference tho the CO_2 method of van *Slyke*). Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 813.

Feyfer, F. M. G. de, De te korte navelstreng. Nederl. Tijdschr. voor. Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1522.

Fleischhauer, H., Geburtshilfliche Fragen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 3.

Fleischhauer, H., Ileus in der Gravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. S. 377.

Forest, H. P. de, Complete pelvic obstruction due to fibromyomata as a cause of puerperal psychoses. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 276.

Gils, J. B. F. van, De uitwendige voorzorgskeering bij stuitligging in de privaatpraktijk. Nederl. Maandschr. voor. verlosk. vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 6. S. 318.

Grube, K., Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft nebst Bemerkungen über Schwangerschaft und Gallensteinkrankheit. Med. Klin. Nr. 24. S. 586.

Gugczisberg, H., Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Plazenta. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 20. S. 625.

Hauch, E., L'éclampsie après l'accouchement. Arch. mens. d'Obst. Bd. 6. H. 7 bis 9. S. 224.

Herz, E., Zur klinischen Diagnose der Cervixplacenta. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 529.

Hill, J. L., A further study of the use of chloroform in labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 188.

Hirst, J. Cooke, The use of corpus luteum extract hypodermically in cases of repeated abortion without demonstrable cause. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 662.

Hoytema, D. G. van, Asdroaiing van den uterus, een typisch ziektebeelt in het puerperium. Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 5. S. 239.

Hüssy, P., Erfahrungen mit der neuen Schwangerschaftsreaktion nach Kottmann. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 22. S. 733.

Hüssy, P., Zur Biologie der Schwangerschaftstoxikosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 21. S. 691.

Hymans van den Bergh, A. A., Puerperale sepsis. Sulphaenoglobinaemie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 26. S. 1774.

King, H. D., The evolution of the male midwife, withome remarks on the obstetrical literature of other ages. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 177.

Kirstein, F., Über die physiologische Gewichtsabnahme Neugeborener. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 448.

Kouwer, B. J., Les primipares âgées. Relation entre l'âge de la femme et le mode d'accouchement chez les primipares. Arch. mens. d'Obst. et de gyn. Bd. 6. H. 7 bis 9, S. 207.

Lichtenstein, F., Hyperemesis gravidarum und Krieg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. S. 425.

Mackenzie, W. R., Remarks on Roentgenographic pelvimetry. Brit. med. Journ. Nr. 2996.

Marvel, E., Should the uterus be removed when it becomes imperative to interrupt pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 186.

Mc Neile, L. G., The effect of ingestion of desiccated placenta during the first eleven days of lactation. A preliminary report. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 377.

Menge, Subkutane Hebotomie und subkutaner Symphysenschnitt. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 439.

Morris, R. T., Notes on methods for overcoming mechanical obstructions to pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. S. 208.

Mussey, R. D., Surgical conditions complicating intrauterine pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 806.

Nürnberger, L., Die Placenta praevia-Therapie an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München in den letzten 10 Jahren (1907—1917). Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 733.

Nijhoff, G. C., Honderd keizersneden. Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouwenz en kindergeneesk. Bd. 7. H. 5. S. 259.

Philips, Th. B., Over het verband tusschen den leeftijd en den aard der verlossing bij eerstbarenden. Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouvenz en kindergeneesk. Bd. 7. H. 6. S. 295.

Potocki, M., Projekt de statut de la profession de sage-femme. Ann. de gyn. et d'Obst. Bd. 43. Nr. 1 u. 2. S. 48.

Potter, J. W., Version, with a report of two hundred additional cases since September 1916. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 215.

Reber, M., Über Frühgeburten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 27. S. 897.

Rossier, G., Grossesse et kyste de l'ovaire, placenta praevia et operation cesarienne éclampsie, septicémie puerpérale, hébostéotomie répétée. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 6. S. 253.

Rubin, J. C., Large pedunculated cavernous angioma of the liver reaching down into the pelvis and causing obstetric difficulty. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 273.

Schaedel, H., Zur Technik des transperitonealen Kaiserschnittes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. S. 506.

Schultze, B. S., Einspritzung in die Nabelschnurvene zur Lösung der adhärenten Placenta. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. S. 313.

Schultz-Schultzenstein, Ein Beitrag zur Beurteilung operativer geburtshilflicher Tätigkeit außerhalb der Klinik. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 14. S. 298.

Schumann, E. A., A modification of the technic of cesarean section with hysterectomy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 297.

Schweizer, B., Das pathologische Tiefenwachstum der Plazenta und die zervikale Einpflanzung derselben auf Grund eines Falles von Placenta increta destruens et praevia partim cervicalis dissecans. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3. S. 618.

Slemons, J. M., Analyses of the blood in eclampsia and allied intoxications. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 797.

Snoo, K. de, Over de behandeling en het ontstaan der loslating van de normaal ingesplante placenta in de zwangerschap. Geneesk. Bladen Bd. 20. H. 5. S. 141.

Vischer, A., Ausgetragene Gravidität in der verschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis (septus asymmetricus hemiatreticus). Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 406.

Vogt, E., Die roentgenologische Lebensprobe. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 344.

Wakefield, W. F. B., Painless childbirth. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 792.

Waldo, R., A case of gangrene of uterine fibroid following parturition; panhysterectomy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 230.

Walsh, J., Pregnancy in cases of tuberculosis of the lungs. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 292.

Warnekros, K., Zum spontanen Lagewechsel der ausgetragenen Frucht während der Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 2 u. 3. S. 275.

Welponer, E., Zur Statistik der Inversio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. S. 318.

West, J. N., Osteoma of the descending ramus of the pubes and ascending ramus of the ischium obstructing the pelvic ontlet; pregnancy, removal of osteoma. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 22. S. 232.

White, A. W., Gall-bladder disease complicating pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 821.

Williams, J. Whitridge, A consideration of some of the anatomical factors concerned in the production of deformed pelves. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 5. S. 714.

Wilson, G. F., Uncinariasis in pregnancy. Amer. Journ. Bd. 77. H. 2. S. 247.

Winter, G., Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Wien. Urban & Schwarzenberg. 317 S. Brosch. 15 M. Geb. 17 M. 50 Pf.

Wijsenbeek, J. A., Het vroegtijdig breken der vliezen bij de baring. Inaug.-Diss. Utrecht, Mai. Verlag K. H. Kruyt, Amsterdam. 138 S.

Zangemeister, W., und Ch. Lehn, Die geburtshilfliche Bedeutung übergroßer Fruchtentwicklung (nebst Bemerkungen über die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge und über die Metreuryse. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 3 S. 500.

Zinke, E. G., The management of labor in narrow pelvis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 2. S. 221.

12. Kinderkrankheiten.

Aron, H., Über Wachstumstörungen im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 5. S. 380.

Baege, M. H., Die Entwickelung des kindlichen Hirns und seiner Leistungen. Natur H. 19 u. 20. S. 161.

Batten, F. E., Epidemic stupor in children. Lancet, Nr. 4940.

Bókay, J. v., Die Bedeutung der Rammstedt-Operation bei der Behandlung der Pylorusstenosen im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 1. S. 60.

Brüne Ploos von Amstel, P. J., De Rigasche ziekte. Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 6. S. 336.

Brüning, H., Zur Frage der Kriegsneugeborenen. D. med. Woch. Nr. 21. S. 581.

Czerny, A., und A. Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. 9. Abteilung. II. Band. Wien. Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke. 830 S. 43 Abbildungen im Text Brosch. 18 M.

D'Espine, A., und Th. Reh, Les pneumococcémies à la clinique infantile. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 7. S. 413.

Freeman, R. G., Disease conditions in older babies that can be attributed to prenatal influences. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 459.

Fröschels, E., Psychologische und klinische Beiträge zur kindlichen Sprachentwicklung und zur kindlichen Stummheit. Jahrb. f. Kinderheilk. B. 37. H. 5. S. 423.

Fuhge, G., Eine Stoffwechsel-Untersuchung an Kindern im Alter von 6—14 Jahren im dritten Kriegsjahre. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 1. S. 43.

Hamburger, F., Über den großen diagnostischen Wert der negativen Tuberkulinreaktion in der Kinderpraxis. Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 539.

Hertz, P., und K. Secher, Ein Fall von Neuroblastoma sympathicum congenitum, kombiniert mit Morbus Addisonii, bei einem Kinde. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 5. S. 367.

Hess, R., Über die Physiologie der Magenverdauung des Säuglings. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 29. S. 465.

Hüssy, A., Über Chylothorax im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 6. S. 491.

Lippmann, G., What the pediatrician can do to reduce the mortality in the first month of life. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 469.

Litzenberg, J. C., How the pediatrician and obstetrician can coöperate. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 463.

Opitz, K., Säuglingssterblichkeit und Stillverhältnisse im Kriege. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 14. S. 293.

Peiper, Zur Behandlung chronischer Bronchial- und Lungenkrankheiten im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 13. S. 337.

Pollak, L., Die Entwicklung der Säuglinge während des Krieges. Wien. med. Woch. Nr. 23. S. 1044.

Poynton, F. J., Observations on the nature and symptoms of cardiac infection in childhood. II. Rheumatic heart disease. Brit. med. Journ. Nr. 2989.

Reiche, A., Der initiale Wärmeverlust (Erstarrung) bei frühzeitig geborenen und „lebensschwachen" Kindern. D. med. Woch. Nr. 18. S. 491.

Rhonheimer, Pädiatrische Übersicht. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 6. S. 27.

Rietschl, Über Anämien im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 14. S. 361.

Rietschel, Zur operativen Behandlung der angeborenen Pylorusstenose der Säuglinge. Med. Klin. Nr. 19. S. 457.

Rossern, C. D. van, Over de behandeling van pylorospasmus bij zuigelingen door pylorotomia. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 19. S. 1325.

Schelble, H., Klinisches über Ruhr bei Kindern. D. med. Woch. Nr. 29. S. 794.

Schultz, W., Über den großen diagnostischen Wert der negativen Tuberkulinreaktion in der Kinderpraxis. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Prof. Moro in Nr. 15 dieses Jahrgangs. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 680.

Stromeyer, K., Zur Behandlung der Humerusfraktur der Neugeborenen. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 513.

Taminiau, L. M. M., Over zuigelingensterfte, in het bijzonder to Tilburg. Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouwenz-en kindergeneesk. Bd. 7. H. 5. S. 278.

Tubby, A. H., and J. B. Banister, Cerebral galvanism: treatment of children mentally beckword as a result of prolonged illness. Lancet Nr. 4948.

Vértes, J. O., Begriffsbestimmung der Heilpädagogik auf psychologischer Grundlage. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 3 u. 4. S. 177.

Weber, L. W., Die „psychopathischen" Kinder. Hyg Nr. 1. S. 10.

Weichbrodt, K., Zur Dementia praecox im Kindesalter. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 59. H. 1. S. 101.

13. Psychiatrie.

Benon, R., Les maladies mentales et nerveuses et la loi sur les pensions militaires. Presse méd. Nr. 22. S. 199.

Birnbaum, K., Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 77 S. 3 Mk. 60 Pf.

Bolten, G. C., Over hypothyreoïdie. Psych. en neur. Bladen H. 1 u. 2. S. 135.

Bouman, L., Die Histopathologie der Psychosen. Psych. en neur. Bladen H. 1 u. 2. S. 123.

Bouman, L., De spirochaete pallida bij dementia paralytica. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 19. S. 1293.

Bresler, J., Irrensachen-Eilsachen. Psych.-neur. Woch. Nr. 13 u. 14. S. 83.

Brock, A. J., The war neurastenic. A note on methods of reintegrating him with his environment. Lancet Nr. 4934.

Culpin, M., The early stage of hysteria. Brit. med. Journ. Nr. 2989.

Deutsch, H., Kasuistik zum „induzierten Irresein". Wien. klin. Woch. Nr. 29. S. 809.

Edel, K., Een geval van multipele psychogene huiddefecten van ontstekingachtig karakter. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 21. S. 1433.

Gierlich, Systematischer Größenwahn auf submanischer Grundlage bei einem Soldaten an der Front. Med. Klin. Nr. 23. S. 562.

Haan, B. J. de, Teruggrijpende verdringing van bewustzijnsinhouden. Inaug.-Diss. Groningen, Juli.

Hirschfeld, R., Aus der Praxis der sogenannten aktiven Psychotherapie. Med. Klin. Nr. 28. S. 687.

Jolly, Ph., Sprachstudien bei Debilen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 74.

Kiewiet de Jonge, A. J., Naar aanleiding van *Freud's* droomverklaring. Inaug.-Diss. Groningen, Juli. M. de Waal. 210 S.

Moeli, C., Über Vererbung psychischer Anomalien. D. med. Woch. Nr. 25. S. 673; Nr. 27. S. 741.

Monrad-Krohn, G. H., On psychosensory and psychomoter disturbances. Nord. med. Ark. Abt. II. Bd. 50. H. 6. S. 671.

Müller, E., Über eine praktisch wichtige psychische Störung nach typhösen Erkrankungen. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 28. S. 449.

Naville, F., Le traitement et la guérison des psychonévroses de guerre invétéries à l'hôpital Saint-André de Salins. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 25. S. 817.

Nicoll, M., The conception of regression in psychological medicine. Lancet Nr. 4945.

Prengowski, P., Zur Behandlung der Dementia praecox. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 253.

Raecke, Verbrechen und Geisteskrankheit. Hyg 1917. Nr. 10. S. 152.

Rosenfeld, M., Zur Methodik der Untersuchung auf Gleichgewichtsstörungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 287.

Sioli, F., Über die Spirochaete pallida bei Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 6.

Stiefler, G., Ein Fall von genuiner Narkolepsie. Neur. Zentralbl. Nr. 11. S. 380.

Stuurman, F. J., De tuberculosesterfte in onze krankzinnigengestichten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 24. S. 1631.

Waller, A. D., Galvanometric observations of the emotivity of a normal subject (english) during the German air-raid on Whitsunday May 19th 1918. Lancet Nr. 4948.

Waller, M. D., The emotive response of a class of 73 students of medicine measured in correlation with the result of a written examination. Lancet Nr. 4936.

Ziertmann, Über die Abnahme der alkoholistischen Geistesstörungen in der Provinz Schlesien während des Krieges. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 9 u. 10. S. 55; Nr. 11 u. 12. S. 70.

14. Augenheilkunde.

Ballaban, Th., Zur Entstehung der Netzhautspaltung bei intraokularem Aderhautsarkom. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 4. S. 318.

Bard, L., De la contribution de l'hémiargyrie sensorielle à la production de la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête chez les hemiplégiques. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 7. S. 423.

Blatt, N., Eine neue Methode der mechanischen Behandlung des Trachoms. Wien. klin. Woch. Nr. 25. S. 692.

Birch-Hirschfeld, Die Schädigung des Auges durch Licht und ihre Verhütung. D. med. Woch. Nr. 30. S. 822.

Bourquin, H., Weit- und Kurzsichtigkeit. Kosmos H. 7. S. 198.

Cobbledick, A. S., A note on eye-strain. Lancet Nr. 4939.

Elliot, R. H., Removal of worm (filaria loa) from the eye. Brit. med. Journ. Nr. 2992. S. 502.

Elschnig, Muß es Blinde geben? Hyg Nr. 7. S. 65.

Fleischer, B., Über myotonische Dystrophie mit Katarakt. Eine hereditäre, familiäre Degeneration. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 91.

Fuchs, E., Über Beteiligung der Macula lutea an Erkrankungen des Auges. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 1. S. 57.

Fuchs, E., Über Faltung und Knickung der Hornhaut. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 315.

Fuchs, E., Über luetische Chorioiditis. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 1. S. 85.

Fuchs, E., Über organische Muskelfasern in der Aderhaut. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 4. S. 311.

Haab, O., Über eine Verbesserung der Lokalnarkose bei Augenoperationen und über die richtige Ausführung der Glaukom-Iridektomie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 19. S. 593.

Harris, W., Acute infective ophthalmoplegia or botulism. Lancet Nr. 4938.

Hippel, E. v., Ein ungewöhnlicher Fall von intermittierendem Exophthalmus. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 4. S. 307.

Hippel, E. v., Über Pseudotuberkulose durch Raupenhaare. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 364.

Hippel, E. v., Anatomischer Befund bei traumatischer Ausreißung des Sehnerven. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 134.

Igersheimer, Zur Pathologie der Sehbahn. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 1.

Isakowitz, Zur Stereoskopie des Augenhintergrundes. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 682.

Kleyn, A. de, und R. Tumbelaka, Über vestibuläre Augenreflexe. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 4. S. 314.

Koeppe, L., Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop. 10. Mitteilung. Über die Spezifität der einzelnen Beschlägeformationen der Hornhauthinterfläche bei einigen Iriserkrankungen im Bilde der Nernstspaltlampe nebst Bemerkungen über das dabei zu beobachtende Verhalten des Kammerwassers. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 199.

Koeppe, L., Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop. 11. Mitteilung. Die normale Histologie des lebenden menschlichen Glaskörpers, seiner angeborenen und vom Alter abhängigen Veränderungen im Bilde der Gullstrandschen Nernstspaltlampe. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 232.

Koeppe, L., Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop. 12. Mitteilung. Über die feinere Anordnung und das Verhalten der Lymphgefäße in der Conjunctiva bulbi und der Episclera unter normalen und pathologischen Bedingungen. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 1. S. 1.

Koeppe, L., Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop. 13. Mitteilung. Weitere Erfahrungen über die an der Nernstspaltlampe zu beobachtende glaukomatöse Pigmentverstäubung im Irisstroma nebst Bemerkungen über deren Beziehungen zu Störungen des Sympathikus, speziell bei der Heterochromie. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 34.

Kollert, V., und A. Finger, Zur Frage der Retinitis nephritica. Wien. klin. Woch. Nr. 28. S. 777.

Krauß, Ursächlicher Zusammenhang eines sogenannten fressenden Hornhautgeschwürs mit einer früheren Augenverletzung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 7. S. 157.

Lagrange, F., Atlas d'ophtalmoscopie de guerre. Masson et Cie., éd. 100 Abb. 35 frs.

Landolt, M., Les troubles de la vision nocturne chez les soldats. Arch. d'Ophthalm. Bd. 35. H. 6 u. 7. S. 580.

Löwenstein, A., Zur Morphologie der Prowazekschen Einschlüsse. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 330.

Majewski, K., Eine neue Methode der klinischen Nystagmographie. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 140.

Nußbaum, O., Rasche Abheilung eines Falles von Augentripper nach Einspritzung von 10 ccm sterilisierter Milch. Med. Klin. Nr. 23. S. 571.

Ohm, J., Ein Fall von erworbenem Augenzittern und Schielen. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 3 u. 4. S. 344.

Schanz, F., Licht und Leben. Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 172.

Schieck, F., Das Auftreten der sympathischen Ophthalmie trotz erfolgter Präventivenukleation und seine Bedeutung für die Lehre von der Entstehung der Krankheit. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 4. S. 322.

Seidel, E., Über die Ausführung der Lokalanästhesie bei Behandlung von phlegmonösen Tränensackerkrankungen. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 4. S. 320.

Snellen Jr., H., De gezichtsscherpte als maatstaf voor de functie van het netvlies. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 3. S. 240.

Szily, A. v., Atlas der Kriegsaugenheilkunde. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 2. Lieferung. S. 195—354. Tafel 16—47. Brosch. 20 Mk.

Szily, A. v., Atlas der Kriegsaugenheilkunde. Stuttgart. Ferd. Enke. 3. Lieferung (Schluß). S. 355 bis 589. Tafel 48—77. Brosch. 36 Mk.

Wibaut, F., Thrombose der vena centralis retinae door hoofdtrauma? Tijdschr. v. Ongevallen-Geneesk. Bd. 3. H. 5. S. 129.

15. Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes und Rachens.

Alexander, G., und L. Braun, Über neurotischen Labyrinthschwindel. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 3 u. 4. S. 161.

Berblinger, W., Der angeborene Verschluß der Choanen. Beitrag zur formalen Genese dieser Mißbildung. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 632.

Chiari, C. v., Zur Vakzinebehandlung der Ozaena. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 378.

Deussing, R., Über diphtherieähnliche Anginen mit lymphatischer Reaktion. D. med. Woch. Nr. 19. S. 513; Nr. 20. S. 542.

Eitelberg, A., Einige Bemerkungen zum Verlaufe chronischer Mittelohrkatarrhe. Wien. med. Woch. Nr. 20. S. 888.

Engelhardt, Bemerkungen zu den Komplikationen der akuten Mittelohreiterung, einschließlich der einfachen Mastoiditis. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 18. S. 159.

Falta, M., Ein objektives Prüfungsmittel zur Feststellung der Taubheit und Schwerhörigkeit. Wien. med. Woch. Nr. 20. S. 893.

Fremel, F., Über die Knochenleitung bei Kopfschüssen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 3 u. 4. S. 187.

Gatscher, S., Schwere otologische und andere intrakranielle Veränderungen in einem Falle von Schädeltrauma. Ein Beitrag für die Kenntnis der diagnostischen Bedeutung der vestibulären Funktionsprüfung bei intrakraniellen Prozessen. Wien. klin. Woch. Nr. 26. S. 719.

Gutzmann, H., Über die Grundlagen der Behandlung von Stimmstörungen mit harmonischer Vibration. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 389.

Hart, C., Zur Frage der myopathischen Kehlkopflähmung. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 481.

Hirsch, C., Neuere Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des inneren Ohres und der benachbarten Hirnteile. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 22. S. 193.

Hovorka, O. v., Sprachkranke. Umschau Nr. 32. S. 382.

Imhofer, R., Eine typische Schußverletzung der Nase. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 488.

Jones, J. Arnold, Mastoid disease in the Balkans. Some notes on diagnosis. Lancet Nr. 4942.

Kahler, O., Die Behandlung der Blutungen aus den oberen Luftwegen. D. med. Woch. Nr. 29. S. 785; Nr. 30. S. 821.

Kretschmann, F., Die Operation der Stirnhöhle nach *Szamoylenkôs* Vorschlag. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 461.

Krompecher, E., Zur Kenntnis der Basalzellenkrebse der Nase, der Nebenhöhlen, des Kehlkopfes und der Trachea. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 443.

Labouré, J., Hémorragie amygdalienne. Presse méd. Nr. 32. S. 296.

Lehmann, Die Lokalanästhesie bei Operationen des Mittelohres. Zentralbl. f. Chir. Nr. 22. S. 367.

Lénart, Z. v., Kombination von Karzinom und Tuberkulose im Kehlkopfe. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 586.

Manasse, P., Über psychogene Hörstörungen im Kriege. Med. Klin. Nr. 26. S. 629.

Muck, O., Beobachtungen und praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Kriegsneurosen der Stimme, der Sprache und des Gehörs. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 46 S. 2 Mk. 80 Pf.

Onodi, A., Ergebnisse der Abteilung für Hör-, Sprach-, Stimmstörungen und Tracheotomierte vom Kriegsschauplatze, mit einem rhino-laryngologischen Anhang. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 3 u. 4. S. 113.

Rochat, G. F., und C. E. Benjamins, Weitere Erfahrungen mit der endonasalen Eröffnung des Tränensackes nach *West-Polyák*. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 591.

Rosenthal, F., Zur Theorie und Praxis der Behandlung des Stotterns. Wien. klin. Woch. Nr. 26. S. 725.

Schönemann, A., Ohr, Nase und Nasennebenhöhlen durch Rekonstruktionsplastiken dargestellt. Ein Leitfaden für praktische Ärzte, Spezialärzte und Studierende. Bern. K. J. Wyß Erben. 36 S. mit 31 Taf. 6 Mk.

Siebenmann, F., Einige Bemerkungen aus dem Gebiete der Oto-Laryngologie für den schweizerischen Kranken- und Unfallkassenarzt. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 28. S. 929.

Szász, T., Über primäre Diphtherie des äußeren Gehörganges. Wien. klin. Woch. Nr. 27. S. 756.

Thost, Über Schleimhautpemphigus. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 599.

Ulrich, K., Die Schleimhautveränderungen der oberen Luftwege beim „Boeckschen Sarkoid" und ihre Stellung zum Lupus pernio. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3 .S. 506.

Wotzilka, G., Zur Verwendung akustischer Reflexe bei der Diagnose der Taubheit und Simulation. Wien. klin. Woch. Nr. 28. S. 781.

16. Haut- und venerische Krankheiten.

1. *Hautkrankheiten.*

Alexander, A., Zur Therapie der tiefen Trichophytien. Med. Klin. Nr. 26. S. 639.

Arneth, Notiz zur Behandlung der Sykosis barbae parasitaria. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 794.

Arning, E., Die Behandlung der Trichophytia barbae mittels Karbolsäureätzungen. D. med. Woch. Nr. 25. S. 681.

Barber, H. W., Treatment of psoriasis in the army. Brit. med. Journ. Nr. 2987.

Burchard, E., Das Prokutan-Verfahren in der Praxis. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 18. S. 69.

Burnier, R., Un traitement abortif et efficace de la furonculose. Presse méd. Nr. 25. S. 229.

Buschke, A., Die Trichophytieepidemie und ihre Bekämpfung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 307.

Chajes, B., Bartflechtentherapie mittels Sterilin. Med. Klin. Nr. 22. S. 546.

Galant, S., Zur Frage der Cutis verticis gyrata. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 22. S. 743.

Gadeck, E., Jodbehandlung der Fußschweißerkrankung. D. med. Woch. Nr. 24. S. 661.

Hammer, Fr., Die Trichophytie und ihre Bekämpfung. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 23. S. 203.

v. Hansemann, Strepto-, Staphylo- und Diplomykosen als Kriegskrankheit. Med. Klin. Nr. 22. S. 531.

Hirsch, H., und A. Vogel, Über Partigentherapie bei Hauttuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 612.

Hirsch, S., Zur Formalinbehandlung der Furunkulose. Eine truppenärztliche Erfahrung. Therap. Monatsh. H. 6. S. 206.

Jadassohn, J., Dermatologie und Syphilidologie. Med. Klin. Nr. 27. S. 655.

Keck, L., Über die Hautreaktion beim Typhus. D. med. Woch. Nr. 26. S. 714.

Kister, J., und Delbanco, Zur Frage der Verbreitung der Trichophytie. D. med. Woch. Nr. 25. S. 681.

Kyrle, J., Bemerkenswerte histologische Befunde bei Psoriasis vulgaris. Wien. klin. Woch. Nr. 29. S. 801.

Löffler, W., Herpes zoster naso-frontalis mit ausgedehnten Augenmuskellähmungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 28. S. 942.

Mendes da Costa, S., Over de herkenning en behandeling van scabies. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 19. S. 1282.

Mendes da Costa, S., Psoriasis vaccinalis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1547.

Mendes da Costa, S., Sclerodermia follicularis s. lichenoïdes. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1549.

Meirowsky, Vorschläge zur Bekämpfung der Bartflechtenepidemie. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 511.

Meyer, M., Die Strahlenbehandlung der Trichophytien des Bartes. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 592.

Meyer, M. F., Ein durch Quarzlicht geheilter Fall von schwerer Nageleiterung. D. med. Woch. Nr. 18. S. 490.

Muijs, D., Microsporon lanuginosum. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1497.

Müller, F. X., Die Behandlung der Trichophytia superficialis et profunda mit Terpentineinspritzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 26. S. 697.

Müller, E. F., Zur Pathologie und Therapie der Bartflechte. Ther. d. Gegenw. H. 6. S. 202.

Orth, O., Zwei seltene Fälle von Aktinomykose und ihre Behandlung. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 19. S. 73.

Reddingius, R. A., Over schurftbehandeling. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 21. S. 1451.

Reenstierna, J., Alopezie nach psychischem Trauma? Nord. med. Ark. Abt. II. Bd. 50. H. 6. S. 697.

Reenstierna, J., Kriegs-Läuseekthyma. Nord. med. Ark. Abt. II. Bd. 50. H. 6. S. 693.

Reenstierna, J., Pityriasis rubra pilaris-ähnliche Dermatose. Nord. med. Ark. Abt. II. Bd. 50. H. 6. S. 688.

Rheins, Über die Behandlung der ulzerösen Skabies. Med. Klin. Nr. 18. S. 448.

Roemer, N. A. A. van der, Urticaria door spierarbeid. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 23. S. 1579.

Rost, G. A., Über die „kombinierte" Strahlenbehandlung der Tuberkulose vom Standpunkte des Dermatologen. D. med. Woch. Nr. 27. S. 733.

Sabouraud, R., Diagnostic et traitement des intertrigos mycosiques. Presse méd. Nr. 30. S. 276.

Scherber, G., Weitere Mitteilung über die Behandlung der Skabies mit Kleczanyöl. Wien. klin. Woch. Nr. 21. S. 589.

Scholtz, W., Über die diagnostische und therapeutische Anwendung des Trichophytin Höchst. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 509.

Schütz, J., Beitrag zur Therapie und Prophylaxe der Trichophytie. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 593.

Stangenberg, J., Über Pilzbartflechten, deren Erkennung und Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 32. S. 400.

Weil, E., Die Entstehung des Fleckfieberexanthems. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 502.

Weiß und Hanfland, Beobachtungen über Veränderung der Hautkapillaren bei Exanthemen. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 607.

Wolf, W., Die Prophylaxe der Bartflechte. Wien. klin. Rundschau Nr. 29 u. 30. S. 159.

Zumbusch, L. v., Notiz über Krätze und Bartflechte. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 675.

2. *Venerische Krankheiten.*

Ahman, Av. G., Den nya aeran inom syfilisforskningen. Hygiea Bd. 80. H. 11. S. 671.

Brölemann, J., I. Über Bewertung der Gonokokken-Vakzine-Provokation an früheren Gonorrhoikern bei der Demobilisierung. II. Therapeutische Wirkung der glutäalen Terpentineinspritzung bei Gonorrhöe und ihren Komplikationen. III. Ixolon, ein neues Trippermittel. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 674.

Buchholz, H., Erfahrungen mit Neosalvarsan-Serumlösungen, sowie ein Todesfall im Verlauf dieser Behandlungsmethode. Med. Klin. Nr. 21. S. 518.

Gougerot, La lutte antivénérienne. Ann. d'Hyg. publ. H. 27. S. 193; H. 28. S. 5.

Gougerot, H., Le traitement de la syphilis en clientèle, l'indispensable en syphiligraphie. Maloine, éd. Paris. 1 vol. in-8°. 627 S. mit 51 Abb. 18 frs.

Haab, Über die Vakzinebehandlung der Augengonorrhöe. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 637.

Hoffstetter, H., Erfahrungen mit Choleval. Ther. d. Gegenw. H. 7. S. 238.

Hohlweg, H., Zur Behandlung der gonorrhoischen Infektion der oberen Harnwege. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 816.

Hotz, A., Die Heilung der kongenitalen Knochensyphilis im Röntgenbild unter dem Einfluß der spezifischen Therapie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 20. S. 631.

Hubert, G., Ein weiterer Beitrag zur Häufigkeit der Lues. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 619.

Kofler, A., Beiträge zur Behandlung der Conjunctivitis gonorrhoica der Erwachsenen. Wien. klin. Woch. Nr. 24. S. 663.

Lacapère, La réaction congestive locale dans le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux. Presse méd. Nr. 27. S. 247.

Langstein, L., Lues congenita. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 6. S. 4.

Lesser, F., Kriegswissenschaftliche Beiträge zur Syphilis. D. med. Woch. Nr. 29. S. 804.

Pàrtos, A., Über einen Fall von Reinfectio syphilitica. Wien. klin. Woch. Nr. 23. S. 640.

Perutz, A., Über die Gesetzmäßigkeit in der Lokalisation der sekundären Frühsyphilis. Wien. klin. Woch. Nr. 20. S. 554.

Pinard, M., Les erreurs de diagnostic des accidents syphilitiques primaires extra-génitaux. Presse méd. Nr. 29. S. 263.

Porten, P. v. d., Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen. Hyg Nr. 1. S. 2.

Roy, Etude critique sur les stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis. L'Odontologie Bd. 66. Nr. 1. S. 1.

Schrumpf, P., Die Häufigkeit syphilitischer Erkrankungen in der inneren Medizin. D. med. Woch. Nr. 28. S. 766.

Winkler, G., Über die Heydenschen Antisyphilitika und Arsenohyrgol. Ther. d. Gegenw. H. 7. S. 241.

Zeißl, M. v., Über die Infektion eines $2^1/_2$ Jahre alten Knaben mit Ulcus molle. Wien. med. Woch. Nr. 24. S. 1093.

Zieler, Wie wird die Heilung des Trippers beim Manne festgestellt? D. med. Woch. Nr. 24. S. 653.

Ylppö, A., Salvarsan-Natriumbehandlung der Lues congenita. Therap. Monatsh. H. 5. S. 155.

17. Zahnheilkunde.

Bruhn, C., Die Westdeutsche Kieferklinik als Behandlungs-, Forschungs- und Lehrstätte. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 7. S. 193.

Cieszyński, A., Zur endoneuralen, perkutanen Injektionstechnik des Nervus infraorbitalis. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 36.

Hofer, O., Über einen Fall von zirkumskripter gummöser Ostitis des Unterkiefers. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 26.

Jonge Cohen, Th. E. de, Die Nomenklatur in der Zahnanatomie. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 7. S. 218.

Kritchevsky, B., et P. Séguin, Pathogénie et traitement de la pyorrhée alvéolaire. Presse méd. Nr. 27. S. 248.

Landsberger, R., Orthodontie und Kieferorthopädie. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 5. S. 144.

Majunke, E., Bibliotheca stomatologica. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 68.

Moral, H., Eine seltene Zahnmißbildung (dens in dente). Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 1.

Peckert, Die zahnärztliche Behandlung der Kieferschußverletzungen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 24. S. 213.

Rebel, H. H., Umgeschriebene Nekrose des Alveolarfortsatzes. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 6. S. 161.

Rottenbiller, E. v., Zur Frage der Wurzelkanalramifikationen. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 12.

Schottländer, E., Laudanon-Ingelheim in der zahnärztlichen Praxis. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 5. S. 138.

Siegfried, H., Zahnuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Brotfrage. Klin.-therap. Woch. Nr. 21 u. 22. S. 160.

Stein, Elephantiasis gingivae. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 6. S. 167.

Walkhoff, Kontraindikationen bei Anwendung der Nervkanalbohrer. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 5. S. 129.

18. Hygiene, Sanitätspolizei, Gewerbekrankheiten, Tropenhygiene.

Albert, R., Hinauf aufs Dach. Hyg Nr. 2. S. 21.

Aldershoff, H., Is het opsporen van bacillendragers van groote waarde voor de practische typhusbestrijding? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 1. S. 37.

Alff, Die Entwicklung der Bocholter Walderholungsstätte, ein Beitrag zum Bau von Walderholungsstätten. Hyg Nr. 3. S. 28.

Arbeiten einer vom Ärztlichen Verein München eingesetzten Kommission. Zur Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. München. J. F. Lehmann. 207 S. 4 Mk.

Bacot, A. W., and L. Loyd, Destruction of nits of the clothes louse by solutions of cresol-soap emulsion and lysol. Brit. med. Journ. Nr. 2991. S. 479.

Bayer, G., Eine behelfmäßige Vorrichtung zur Verbesserung offener Brunnen. Wien. med. Woch. Nr. 21. S. 937.

Brulé, M., et R. Hazard, Valeur comparée des analyses bactériologiques et chimiques des eaux de boisson. Presse méd. Nr. 23. S. 211.

Delitsch, J., Wohnungsnot und Volkserhaltung. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 4—6. S. 236.

Dietrich, Öffentliches Gesundheitswesen. D. med. Woch. Nr. 23. S. 637.

Drewitz, Fliegendichte Latrine mit selbsttätigem Klappdeckel. D. med. Woch. Nr. 31. S. 860.

Fischer-Defoy, Gesundheitspflege in der Tierwelt. Kosmos H. 7. S. 192.

Fröhlich, W., Sozial-hygienische Einrichtungen in Cetinje. Der Militärarzt Nr. 4. S. 69.

Fromme, Zur Übertragung der Weilschen Krankheit durch Ratten. Med. Klin. Nr. 27. S. 659.

Gieszczykiewicz, M., und S. Neumann, Zur Epidemiologie des Paratyphus A. Med. Klin. Nr. 20. S. 491.

Gigou, A., Einiges über Ernährung und Diät im Kriege. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 26. S. 857.

Gins, H. A., Über die Bedeutung der Schutzimpfung für die Bekämpfung der Pocken. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 14. S. 373.

Gins, H. A., Weitere statistische Beobachtungen über die Dauer des Pockenschutzes. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 9. S. 186.

Grimminger, H., Über räumliche Anordnung und innere Einrichtung von Tuberkulose-Fürsorgestellen. Wien. med. Woch. Nr. 23. S. 1039.

Groth, A., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1915. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 768.

Hanauer, Die Sommerpflege der Schulkinder und der Krieg. Therap. Monatsh. H. 7. S. 230.

Hegar, A., und W. Möckel, Darf man während einer Typhusepidemie die Schutzimpfung vornehmen? Münchn. med. Woch. Nr. 26. S. 695.

Hofstätter, R., Über die Mukosa des amenorrhoischen Uterus (mit spezieller Berücksichtigung der Kriegsamenorrhöe). Wien. klin. Woch. Nr. 27. S. 753.

Hutchinson, R., Medical aspects of the food problem. Brit. med. Journ. Nr. 2189.

Kenwood, H. R., The *Milroy* lectures on the teaching and training in hygiene: some critisisms and suggestions. Lancet Nr. 4941—4943.

Kersten, H. E., Über eine Choleraepidemie, ihre Bekämpfung und den Einfluß der Schutzimpfung auf ihren Verlauf. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 563.

Klut, H., Über die aggressiven Wässer und ihre Bedeutung für die Wasserhygiene. Med. Klin. Nr. 18. S. 445; Nr. 19. S. 469.

Kraus, F., Tuberkulosebekämpfung. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 2. S. 65.

Krauß, H., Mund und Magen. Hyg Nr. 2. S. 13.

Leitner, P., Beiträge zur Therapie der Typhusbazillenträger. Wien. klin. Woch. Nr. 26. S. 731.

Lentz, Wie schützen wir uns gegen die Ruhr, Typhus und Fleckfieber. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 15. S. 393.

Lichtenstein, F., Heißluft-Händedesinfektion. Münchn. med. Woch. Nr. 26. S. 703.

Lipschütz, A., Probleme der Volksernährung. Eine Untersuchung über die Entwicklungstendenzen der Ernährungspraxis und der Ernährungswissenschaft. Bern 1917. Akad. Buchh. Max Drechsel. 74 S. Ord. 3 Mk. 10 Pf.

Lipschütz, A., Über den Einfluß der Ernährung auf die Körpergröße. Bern. Akad. Buchh. Max Drechsel. 32 S. mit 8 Abb. Brosch. 2 Mk.

Löhmann, K., Weltkrieg und Weltflucht. Hyg Nr. 3. S. 25.

Mann, F., Die Pflege der Wöchnerin und des Säuglings. Unterrichtsbuch für Wochenbettpflegerinnen. 3. verbesserte Auflage. Paderborn 1917. Junfermannschen Buchh. 163 S. Geb. 3 Mk.

Martini, E., und G. Königsberger, Einrichtung und Verwendung eines Sanierungsschiffes. D. med. Woch. Nr. 23. S. 636.

Messerschmidt, Th., und Eisenlohr, Die Feststellung der Typhusbazillenträger. Med. Klin. Nr. 25. S. 612.

Möllers, B., und G. Wolff, Die bisher mit der Fleckfieberschutzimpfung gemachten Erfahrungen. D. med. Woch. Nr. 25. S. 676.

Mühsam, H., Beitrag zur Frage der Bekämpfung der Volksseuchen. Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 18. Nr. 7. S. 174. 1917/18.

Neufeld, F., Über einige neuere Gesichtspunkte der Tuberkulosebekämpfung. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 2. S. 70.

Neufeld, F., Über Händereinigung und Händedesinfektion. D. med. Woch. Nr. 24. S. 649.

Neufeld, F., Über Händereinigung und Händedesinfektion auf Grund neuer Versuche. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 306.

Noorden, C. v., Über Knochenextrakt als Fleischextraktersatz. Therap. Monatsh. H. 5. S. 173.

Orthey, A., Atemgymnastik. Hyg Nr. 1. S. 6.

Piorkowski, Unser tägliches Geld im Spiegel der Hygiene. Die Umschau Nr. 25. S. 299.

Raadt, O. C. E. de, Malariabestrijding door muggenverdelging in Nederlandsch-Indië. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 2. S. 126.

Schmidt, P., Organisatorische Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung. D. med. Woch. Nr. 21. S. 561.

Silberschmidt, W., Über Ernährungsfragen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 26. S. 849.

Spriggs, E., War bread. Lancet Nr. 4939.

Steiner, Über Impfungen mit dem Ruhrimpfstoff „Dysbacta". Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 10. S. 206.

Theilhaber, A., Das Vollkornbrot. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 621.

Thiele, Tuberkulose und Krieg. Hyg 1917. Nr. 10. S. 145.

Thomassin, Th., Fleischnahrung und Reformdiät im Lichte der Ökonomie. Hyg Nr. 4. S. 37.

Waller, A. D., The restricted diet of a sedentary worker. Lancet Nr. 4939.

Weichardt, W., und E. Schrader, Einige Erfahrungen aus dem Gebiete der Seuchenbekämpfung im nördlichen Bayern. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 13. S. 274.

Wengler, Die Bekämpfung der Tuberkulose durch Schularzt und Lehrer. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 8. S. 175.

Weyls Handbuch der Hygiene. Herausgegeben von Prof. Dr. *A. Gärtner*. Dr. *W. Krebs*: „Die Hygiene des Badens". 28. Lief. 5. Bd. 3. Abt. S. 485 bis 496. 1 Abb. im Text. Baurat *R. Schultze*: „Das deutsche Badewesen der Gegenwart". S. 499—641 mit 113 Abb. im Text. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Einzelpreis 10 Mk. 50 Pf., Subskriptionspreis 8 Mk. 40 Pf.

Wiese, O., Körperentlausung durch Enthaarungspulver. (Bemerkungen zu der Arbeit Prof. Dr. *E. Martinis* in Nr. 15 dieser Wochenschrift.) Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 681.

Winckel, Ch., De bestrijding van gele koorts en malaria in Centraal-Amerika. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 21. S. 1478.

19. Soziale und gerichtliche Medizin, Unfall- und Versicherungskunde.

Adam, Die Bedeutung des ärztlichen Fortbildungswesens für die Volkswohlfahrt. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 329.

Ascher, Die Arbeit eines Kreis-Gesundheitsamtes. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 8. S. 165.

Belt, M., Review of reports on war work in England, France and Germany with special reference to the care of women during pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 474.

Benthin, W., Die Erhaltung des Kindeslebens in der Geburt. Med. Klin. Nr. 29. S. 717; Nr. 30. S. 739.

Bloch, Einiges über die Bestrebungen der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 23. S. 768.

Blumm, R., Gemeingefährlichkeit. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 9. S. 200.

Bokarius, N., Zur Frage der Darstellung Teichmannscher Häminkristalle. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 255.

Brückmann, R., Schule und Elternhaus im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, nebst einem Anhang über die Geschlechtskrankheiten, auf Grund der neuesten Forschungen zusammengestellt. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 24. S. mit 3 Fig. Brosch. 50 Pf.

Büdinger, Ehrmann, Föderl, v. Frisch, Holzknecht, Kovács, Lasch, Meder, Pal und Schlesinger, Denkschrift der Direktoren und Primarärzte des Wiener k. k. Allgemeinen Krankenhauses zur Neugestaltung der Wiener Krankenanstalten und zum medizinischen Unterricht. Wien. med. Woch. Nr. 25. S. 1129.

Chvostek, F., Zur Reform der medizinischen Studienordnung. Wien. klin. Woch. Nr. 23. S. 641; Nr. 24. S. 371.

Cragin, E. B., The functions of a woman's hospital in a large city. Amer. Jrurn. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 353.

Dietrich, Die ergänzende Ausbildung der notgeprüften Kriegsärzte. D. med. Woch. Nr. 21. S. 581.

Dind, D., A propos de la lutte contre les maladies vénériennes. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 18. S. 572.

Dohrn, K., Zur Organisation der Säuglingsfürsorge auf dem Lande. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 8. S. 171.

Döllner, Tod durch Zusammenwirken von Erwürgen und Leuchtgasvergiftung. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 12. S. 257.

Eckert, J., Die begriffliche Invalidität der Kriegsbeschädigten im Rahmen der sozialen Invalidenversicherung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 5. S. 96.

Eckert, J., Neugestaltungen im Bereiche der sozialen Unfallversicherung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 7. S. 144.

Eden, P. H. van, Aanpassing in verbond met de Ongevallenversekering. Inaug.-Diss. Amsterdam. Hollandia-drukkerij, Baarn. 3 Gulden.

Engelmann, Gewaltsamer oder natürlicher Tod? Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 170.

Frank, P., Brustquetschung, Tod an Leberkrebs nach einem Jahre — kein Zusammenhang. Med. Klin. Nr. 27. S. 669.

Galli-Valerio, B., Pour la lutte contre le goître et le crétinisme. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 18. S. 569.

Gaupp, Dienstverweigerung aus religiösen (und politischen) Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 19. S. 168; Nr. 20. S. 175.

Hallenberger, Die Lochbrüche des Schädels und ihre Bedeutung für den Gerichtsarzt. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 149.

Hammer, Fr., Ärzte und Krankenkasse. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 22. S. 197.

Herford, Gesundheitliche Kinderfürsorge am Heimatort. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 595.

v. Hochenegg, Das Ministerium für Volksgesundheit. Wien. med. Woch. Nr. 30. S. 1333.

Jungmann, E., Schenkelhalsbruch: Unfallfolge oder Spontanfraktur. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. N. 6. S. 135.

Kaestner, P., Der Arzt in der Rechtsprechung. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 737.

Kaulla, Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 791.

Koblanck, Der Entwurf des preußischen Hebammengesetzes. D. med. Woch. Nr. 25. S. 693.

Korteweg, J. A., De ongevallen-percentages van Amsterdam, Rotterdam en 's Gravenhage. Een bijdrage tot het vraagstuk der vrije artsenkeuze bij de ongevallenbehandeling. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 4. S. 301.

Kühne, W., Funktionelle Störungen des Gehirns nach Kopfverletzungen und ihr Zusammenhang mit Hirnkrankheiten anderer Ursache. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 5. S. 102.

Kurpjuweit, Zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. D. med. Woch. Nr. 21. S. 580.

Langstein, L., Vom Säuglings- und Kleinkinderschutz. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. H. 6. S. 19.

Langstein, L., Wie darf Säuglingsfürsorge nicht betrieben werden? D. med. Woch. Nr. 22. S. 602.

Lapuer, B., Sozialhygienisches von Front und Heimat. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 13. S. 342.

Lehner, R., Über serbische Fruchtabtreibungsmittel. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 176.

Lenz, F., Der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 820.

Mager, W., Über das Arbeitsgebiet der Fürsorgestellen in Österreich. Wien. med. Woch. Nr. 23. S. 1036.

Mataré, F., Über den allgemeinen Charakter des Bevölkerungswechsels in den Groß- und Mittelstädten des Reiches 1912. Klin.-therap. Woch. Nr. 27 u 28. S. 212.

Mayendorf, E. N. v., Zur forensischen Beurteilung Hysterischer. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 59. H. 1. S. 301.

Meier, J., Das Findelwesen. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 569.

Meier, J., Rechtliche Stellung des unehelichen Kindes. Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 622.

Meinhold, G., Zur Frage der Todesfälle bei sinusoidalem Strom. D. med. Woch. Nr. 18. S. 490.

Mossel, J. B., Het begriep „ongeval in den zin der wet". Tijdschr. voor ongevallen-Geneesk. Bd. 3. H. 5. S. 133; H. 6. S. 161.

Mugdan, Zur Frage eines eigenen preußischen Ministeriums für Volksgesundheitspflege. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 327.

Nacke, W., Betrachtungen zu § 367 Abs. 1 des Strafgesetzbuches mit bezug auf § 3 Abs. 3 der Dienstanweisung für die Hebammen im Königreich Preußen. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 11. S. 239.

Nacke, W., Die Hebamme als Sachverständige vor Gericht. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 11. S. 237.

Neumann, A., Arbeits-Heilkolonien für interne Kranke. Wien. klin. Woch. Nr. 25. S. 697.

Pinard, A., De la protection de l'enfance, pendant la troisième armée de guerre, dans le camp retranché. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 1 u. 2. S. 1.

Pintus, Zur Kilometergeldfrage. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 27. S. 244.

Quervain, F. de, Krankenversicherung, Unfallversicherung und Chirurgie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 17. S. 529.

Quincke, H., Zu dem Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. D. med. Woch. Nr. 27. S. 749.

Rauch, R., Methodik und Verfahren der Selbstverstümmler. Med. Klin. Nr. 18. S. 439.

Rapmund, O., Entwurf eines Gesetzes, betreffend das Hebammenwesen. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 10. S. 210.

Reukauff, Morde und Mörder. Psych.-neur. Woch. Nr. 13 u. 14. S. 79.

Rißmann, P., Über Fürsorgebestrebungen. D. med. Woch. Nr. 28. S. 772.

Roll, H. F., Über das Herzblut nach dem Ertrinkungstode. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 260.

Roux, C., Prophylaxie du goitre. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 5. S. 317.

Schaeffer, R., Die Anmeldepflicht jeder Fehlgeburt. D. med. Woch. Nr. 20. S. 548.

Schaeffer, R., Die ärztliche Anzeigepflicht der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. D. med. Woch. Nr. 18. S. 492.

Schneider, Zu dem Entwurfe eines Reichsgesetzes gegen die Verhinderung von Geburten und eines Gesetzes betr. das Hebammenwesen. D. Strafr.-Ztg. H. 5 u. 6. S. 150.

Schönheimer, H., Medizinisch-diagnostische Institute der Krankenkassen. D. med. Woch. Nr. 25. S. 694.

Siefart, Das Kurpfuschertum, ein Krebsschaden am deutschen Volkskörper. Hyg Nr. 2. S. 16.

Stigler, R., Entwurf eines neuen medizinischen Lehrplanes. Wien. med. Woch. Nr. 17. S. 730; Nr. 18. S. 794; Nr. 19. S. 837; Nr. 20. S. 895; Nr. 21. S. 944. Nr. 22. S. 989.

Solbring, Öffentliches Gesundheitswesen. Zur Apothekenreform im Reich und in Preußen. D. med. Woch. Nr. 26. S. 719.

Solbring, Zur Apothekenreform im Reich und in Preußen. D. med. Woch. Nr. 27. S. 749.

Spinner, J. R., Abtreibungsversuche bei nicht bestehender Gravidität. Die Neue Generation H. 3 u. 4. S. 60.

Stolze, R., Noch einmal die Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 334.

Stolze, R., Der Schutz des menschlichen Leichnams. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 13. S. 356.

Straßmann, G., Tod durch Leuchtgasvergiftung oder durch Erschießen. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 11. S. 233.

Swaep, E. J., Psychopathologie en misdadigheid. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 1. S. 9.

Teleky, L., Menschenopfer. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 533.

Verger, H., et R. Penand, Les hémiplégies tardives consécutives aux blessures de la région cervicale, étude médico-légale. Revue de neurol. Bd. 24. H. 6. S. 281.

Vogt, Unfallversicherung und Augenheilkunde. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 23. S. 762.

Vogt, A., Weitere ophthalmoskopische Beobachtungen im rotfreien Licht: Echte Netzhautfältchen. Zystische Degeneration der Macula lutea. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 18. S. 561.

Vorträge und Aussprachen, gehalten bei der Tagung in München am 27. und 28. Mai 1918. Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft. München. Verlag J. F. Lehmann. S. 1—188. 5 M.

Welcker, A., Aanpassing en functieherstel zo eene niet-gerepponeerde luxatio humeri. Tijdschr. voor Ongervallen-Geneesk. Jahrg. III. H. 6. S. 172.

Witzel, O., Eine humanitäre und wissenschaftliche Bitte an die Kollegen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 22. S. 365.

Wolff, S., Hemmungen der Säuglingsfürsorge. D. med. Woch. Nr. 28. S. 772.

Zangger, Hch., Die Frage des Kausalzusammenhanges. Unfall und Krankheit als Aufgabengebiet der Ärzte in der neuen Unfallversicherung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 23. S. 753.

Zeiler, A., Die Wirtschaftslage der Familie und die Bevölkerungsfrage. Zeitschr. f. Bekämpfg. d. Geschlechtskrankh. 1917/18. Bd. 18. Nr. 7. S. 188.

20. Militärärztliche Wissenschaft.

Abercrombie, R. G., The prognosis in war nephritis. An analysis of 171 cases. Brit. med. Journ. Nr. 2992. S. 504.

Alt, K., Über die Kur- und Bäderfürsorge für nervenkranke Krieger mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Kriegsneurotiker. Wien. med. Woch. Nr. 18. S. 781; Nr. 19. S. 844.

Alt, K., Über Kriegsneurosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. S. 249.

Arneth, Über Skorbut im Felde. D. med. Woch. Nr. 19. S. 509.

Arnold, W., Das zahnärztliche Ambulatorium der Kreise Plevlje und Ipek. Der Militärarzt Nr. 3. S. 51.

Bárány, R., Über Kriegchirurgie. Wien. med. Woch. Nr. 22. S. 981.

Barbensi, G., Casi e note di medicina e chirurgia di guerra. Rivista crit. di clin. med. Nr. 14 bis

Bectein, R., et A. Nimier, Les premières heures du blessé de guerre. Collection Horizon, Masson et Cie, éd. Paris 1 vol. in -8°. 50 Fig. u. 4 Taf. 4 Frc.

Bickel, H., Über die Schicksale der aktiv behandelten Kriegshysteriker. D. med. Woch. Nr. 23. S. 628.

Bockenheimer, Ph., Einige Winke über die Operationen von Bauchschüssen im Felde. Med. Klin. Nr. 23. S. 560.

Bowlby, A., An address on primary suture of wounds at the front in France. Brit. med. Journ. Nr. 2986.

Bruce Robertson, L., A contribution on blood transfusion in war surgery. Lancet Nr. 4944.

Burrows, H., Septic phlebitis due to gunshot wounds. Lancet Nr. 4939.

Christian, Dr. M., Psycho-physiologische Berufsberatung der Kriegsbeschädigten. Leipzig. Leopold Voß. 80 S. 3 Mk. 50 Pf.

Coombs, C. F., Army nephritis. Lancet Nr. 4936.

Delmas, J., Sur le traitement des fractures diaphysaires par balles. Presse méd. Nr. 34. S. 310.

Descouts, P., Considérations sur la conduite à tenir vis-à-vis des blessés nerveux périphériques de guerre. Presse méd. Nr. 22. S. 198.

Dobihal, E., Einfache Dermatosenbehandlung im Felde. Der Militärarzt Nr. 4. S. 66.

Eager, R., War psychoses occurring in cases with a definite history of shell shock. Brit. med. Journ. Nr. 2989.

Fauser, A., Kriegspsychiatrische und -neurologische Erfahrungen und Betrachtungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 260.

Fesseler, Eine neue Zusammensetzung des englischen Infanterie-Spitzgeschosses. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 793.

Fleißig, J., Feldspitalschirurgie im Stellungskrieg 1915—17. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 5. S. 604.

Fraenkel, M., Kriegsneurosen und Gutachtertätigkeit. Med. Klin. Nr. 26. S 635.

Fürnrohr, W., Einige seltenere Beobachtungen aus der Kriegsneurologie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 3—6. S. 322.

Gaodby, K., The bacterial flora of war wounds, influence of treatment. Brit. med. Journ. Nr. 2995.

Geißler, Vortrag über die Schullazarette des X. Armeekorps. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 7. S. 152.

Goldmann, Über Krankentransportwesen im Heimatgebiet. D. med. Woch. Nr. 18. S. 495.

Grazzi, V., Le vegetazioni adenoidi specialmente in rapporto al servizio militare. Rivista crit. di clin. med. Nr. 13.

Grégoire, R., et Marsan, La libération du soléaire dans le „gros mollet" par blessure de guerre. Paris méd. Bd. 7. Nr. 51. S. 506.

Gross, G., Sutures primitives des plaies de guerre, leur évolution. Presse méd. Nr. 25. S. 225.

Guiou, N. M., Blood transfusion in a field ambulance. Brit. med. Journ. Nr. 2999.

Haenel, H., Zwei Stunden Gesundheitsunterricht an der Front. Hyg Nr. 1. S. 8.

Harmer, W. Douglas, Warfare injuries of the larynx. Lancet Nr. 4946.

Hartmann, H., Les plaies de guerre et leurs complications immédiates. (Leçons faites à l'Hôtel-Dieu.) Masson et Cie., éd. Paris. 1 vol. gr. in-8°. 200 S., 58 Abb. 8 frs.

Hinterstoisser, H., Kriegschirurgische Beobachtungen im Heimatkrankenhause (1914—1916). Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 5. S. 700.

Holfelder, H., Die Frühtracheotomie im Rahmen truppenärztlicher Tätigkeit an Großkampftagen. D. med. Woch. Nr. 21. S. 574.

Horton-Smith Hartley, P., The care of the tuberculous soldier. Brit. med. Journ. Nr. 2996.

Hume, W. E., A study of the cardiac disabilities of soldiers in France (V. D. H. and D. A. H). Lancet Nr. 4937.

Kassel, C., Geschichte der Kriegschirurgie des Halses. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. H. 3. S. 535.

Krauß, H., Zur Fürsorge für unsere Kriegsinvaliden. Hyg Nr. 5. S. 49.

Kreglinger, Zur Frage des Gipsverbandes im Felde. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 13. S. 357.

Kretschmer, E., Über Erkrankungen des Femoralnerven bei Soldaten. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 25. S. 225.

Levaditi, C., Technique de l'examen bactériologique des plaies de guerre en vue de l'intervention chirurgicale. Presse méd. Nr. 32. S. 294.

Levick, G. M., Electrical treatment of muscles in „trench feet". Brit. med. Journ. Nr. 2987.

Lewis, Th., The tolerance of physical exertion, as shown bij soldiers suffering from so-called „irritable heart". Brit. med. Journ. Nr. 2987.

Lilienstein, Über den gegenwärtigen Stand der Kriegsneurosenfrage. Therap. Monatsh. Nr. 5. S. 170.

Löwenstein, S., Über Kriegsneurosen. Therap. Monatsh. H. 5. S. 165.

Martens, E., Physiologische Methoden der Wundbehandlung im Feldlazarett. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 3 u. 4. S. 247.

Massie, R., Note on the treatment by brilliant green of recently inflicted gunshot wounds. Lancet Nr. 4940.

Mattei, Ch., Notes cliniques sur les grosses parotides des soldats en campagne. Presse méd. Nr. 33. S. 303.

Medinger, P., Über die Giftwirkung der Mantelgeschosse. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. S. 262.
Minet, J., De l'emploi des caustiques par les simulateurs. Presse méd. Nr. 30. S. 274.
Morelli, G., Ein zahnärztliches Feldambulatorium. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 89.
Morison, A. E., The treatment of infected war wounds by magnesium sulphate. Brit. med. Journ. Nr. 2986.
Morrison, J. F., and E. F. Bashford, Delayed primary suture of wounds. Lancet Nr. 4937.
Mouriquand, G., et L. Bouchut, Les dyspepsies de guerre (d'après 200 observations persönelles). Presse méd. Nr. 31. S. 281.
Müller, L. R., Über nervöse Blasenstörungen im Kriege. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 755.
Nobécourt, P., Hygiène des camps et cantonnements d'une armée. Presse méd. Nr. 32. Suppl. S. 369.
Nonnenbruch, W., Die Therapie der „Kriegsniere". Münchn. med. Woch. Nr. 23. S. 611.
Oppenheimer, Zur Verordnung von Kriegsbrillen. D. med. Woch. Nr. 20. S. 550.
Paye, M., Some simple hot air appliances for field units. Brit. med. Journ. Nr. 2991. S. 480.
Petit de la Villéon, E., Projectiles pleuraux, projectiles diaphragmatiques; leur extraction opératoire. Presse méd. Nr. 33. S. 302.
Philipowicz, J., Über Anästhesierungsverfahren im Felde. Wien. klin. Woch. Nr. 31. S. 869.
Pitzen, Ein Narkose-Apparat fürs Feld. D. med. Woch. Nr. 27. S. 746.
Pollak, J., Störungen der Harnentleerung im Felde. Wien. med. Woch. Nr. 19. S. 831.
Raeche, Feldärztlicher Beitrag zum Kapital „Kriegsneurosen". Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 1. S. 1.
Romer, F., Aften-effects of gunshot wounds on joints. Lancet Nr. 4934.
Roux-Berger, J. L., Les dangers des opérations tardives et incomplètes dans les plaies de la plèvre et du poumon par projectile de guerre. Presse méd. Nr. 30. S. 269.
Sacquépée, E., Recherches sur la gangrène gazeuse des plaies de guerre. Presse méd. Nr. 22. S. 197.
Salinger, J., Zur Klinik und Ätiologie der Kriegsnephritis. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 25. S. 97; Nr. 26. S. 101; Nr. 27. S. 105.
Schlayer, Die Behandlung der nierenkranken Heeresangehörigen. Med. Klin. Nr. 18. S. 433.
Schüller, A., Über die militärische Begutachtung der Epilepsie. Wien. med. Woch. Nr. 28. S. 1261.
Schultz, E., Klinische Beobachtungen über Nierenentzündung bei Kriegsteilnehmern. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 111.
Sippel, F., und Lang, Über das Turnen unserer Amputierten und das Einüben mit ihren Ersatzgliedern. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 21. S. 183.
Spriggs, E., Invalid rations. Brit. med. Journ. Nr. 2992. S. 505.
Staehelin, R., Einige Fälle von Lungentuberkulose aus dem Militärdienst. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 22. S. 721.
Strauß, Über Magensaftzusammensetzung bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin. Nr. 27. S. 668.
Streit, Stimmbanderkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 31. S. 473.
Sweet, J. E., G. W. Norris and N. B. Wilmer, The etiology and treatment of „trench foot". (A report to the medical research committee.) Lancet Nr. 4938.
Tate, D. L., and J. W. Mc Leod, Trench fever: observations on the condition of the spleen and leucocytes. Lancet Nr. 4939.
Thaler, E. J., Die Verwundeten-Tragbahre im Schützengraben. D. med. Woch. Nr. 21. S. 579.
Thorburn, W., and G. Richardson, Intrapelvic abscess, a complication of gunshot wounds of the buttock. Lancet Nr. 4944.
Vivie, Réflexions sur „le poste chirurgical avancé" (P. C. A.). Presse méd. Nr. 20. Suppl. S. 228.
Wakeley, C. P. G., Skin-grafting in the treatment of war burns. Lancet Nr. 4943.
White, E. W., Observations on shell shock and neurasthenia in the hospitals in the western command. Brit. med. Journ. Nr. 2989.
Williams, O. H., Th early and effective reduction and fixation of gunshot fractures of the femur. Brit. med. Journ. Nr. 2997.
Wright, A. E., and L. Colebrook, On the acidosis of shock and suspended circulation. Lancet Nr. 4944.
Zilz, J., Die Organisation der Zahnheilkunde bei den italienischen, amerikanischen und kanadischen Truppen. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1 u. 2. S. 84.

21. Krankenpflege, Statistik usw.

Aebly, J., Zur Frage der Krebsstatistiken. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 25. S. 829.
Borchard, Die Kaiser-Wilhelm-Schule Deutscher Krankenpflegerinnen. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 656.
Carrie, W., Statistik über sprachgebrechliche Schulkinder in den Hamburger Volksschulen (Januar 1917). Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 3 u. 4. S. 178.
Desfosses, P., Hôpital général canadien de Troyes „Université Laval". Presse méd. Nr. 27. Suppl. S. 309.
Eisenstadt, H. L., Der Kampf der Landesversicherungsanstalten gegen Tuberkulose sowie Geschlechtskrankheiten und die medizinische Statistik. Umschau Nr. 21. S. 243.
Grau, H., Die statistische Verwertung von Tuberkulosefällen in klinischen Berichten. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 3. S. 167.
Köstlin, C., Die Regelung des Reiseverkehrs für Kranke und Erholungsbedürftige. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 24. S. 216.
Kroon, J. P. H., Eenige cijfers over de sterfte van mannen en vrouwen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 21. S. 1442.
Sauvé, L., L'hôpital chirurgical français de Kiev. Presse méd. Nr. 27. Suppl. S. 305.
Sutton, E., The fitting out and administration of a naval hospital ship. John Wright a. Sons, éd. Bristol. 1 vol. in-8°. 110 S.

22. Geschichte der Medizin, medizinische Geographie, Biographien.

Adriani, N., Zwangerschap en geboorte bij de Toradig's van Midden-Celebes. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 7. S. 380.
Andel, M. A. van, De dokters *van Molière* op het Hollandsch tooneel. Med. Weekbl. Nr. 14. S. 209; Nr. 15. S. 227.
Bevilaqua, A. de, Die Infektionsquellen der Malaria in Montenegro. Der Militärarzt Nr. 3. S. 59.
Blaschko, A., *Edmund Lesser* †. D. med. Woch. Nr. 27. S. 751.
Bolt, M., Een vrouwelijke chirurg in de 17. eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 19. S. 1312.
Bonnet, Proces-verbaux constatant la guérison de deux femmes atteintes de maladies vénériennes traitées par *Guilbert de Préval* (1773). Janus Bd. 23. H. 1 u. 2. S. 29.
Brieger, W., Zur Geschichte der physikalischen Heilmethoden. Materialien aus chemischen Quellen-

schriften. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 6. S. 187.

Donders, *Franciscus Cornelis*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1995.

Eiselsberg, A. v., *Ottomar v. Angerer* †. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 484.

Fischer, J., *Semmelweis* Lehre. Wien. klin. Woch. Nr. 28. S. 782.

Fischer, J., Von *Semmelweis* zur modernen Asepsis. Wien. med. Woch. Nr. 26. S. 1179.

Friedjung, J. K., Die gesundheitliche Gefährdung der Besatzungstruppe durch die Einheimischen in Bijelopolje. Der Militärarzt Nr. 4. S. 67.

Hofmann, F. B., *Ewald Hering*. Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 539.

Hoeven Leonhard, J. v. d., Het overheerschend gebruik van Duitsche Studie boeken bij ons Hooger Onderwijs en de invloed daawan op onze taal. Vox Medicorum Nr. 14. S. 109.

Johnsson, J. W. S., *Hermann Schelenz*. Janus Bd. 23. H. 1 u. 2. S. 1.

Justitz, S., Bade- und Entlausungsanstalten in Montenegro. Der Militärarzt Nr. 4. S. 73.

Klubal, E., Einiges aus der Volksmedizin. Hyg Nr. 5. S. 51.

Kolbe und Souček, Hygienische und epidemiologische Betrachtungen aus Montenegro, vorwiegend aus dem Kreise Plevlje. Der Militärarzt Nr. 5. S. 93.

Kroon, J. E., De geooorteplants van Dodonaeus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 2. S. 100.

Labhardt, A., Festschrift zum 50jährigen Bestehen der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik in Basel 1868—1918. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 21. S. 673.

Leclerc, H., La médecine des signatures magiques. Janus Bd. 23. H. 1 u. 2. S. 5.

Lindhagen, E., Stockholms tuberkulos-mortalitet under de senaste decennierna. Hygiea Bd. 80. H. 9. S. 497.

Lint, J. G. de, Geneeskundige volksprenten in de Nederlanden. Inaug.-Diss. Leiden. J. Noorduyn u. Zoon, Gorinchem. 122 S. mit 78 Abb.

Lint, J. G. de, Een gedicht van den dichtergeneesheer *J. Antonides van der Goes*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 20. S. 1408.

Matare, F., Über den allgemeinen Charakter des Bevölkerungswechsels in den Groß- und Mittelstädten des Reiches 1912. Klin.-therap. Woch. Nr. 29 u. 30. S. 222.

Meyer, J., *Ernst Christian Trapp*, erster und letzter ord. Prof. der Pädagogik in Preußen. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 4—6. S. 225.

Mühlens, Bemerkungen zu *Seyfarth:* „Schwarzwasserfieber in Südostbulgarien". Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. H. 7 u. 8. S. 145.

Müller, H., *Georg Lehmann* †. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 11 u. 12. S. 67.

Muller, H. C., Een wonderdoctor bij de oude Romeinen. Vox Medicorum Nr. 14. S. 108.

Neuburger, M., Zum 100. Geburtstage *Ignaz Philipp Semmelweis*. Wien. med. Woch. Nr. 26. S. 1173.

Neumann, Innere Kriegserrungenschaften. Hyg Nr. 7. S. 65.

Pleschner, H. G., Zweiter Bericht über die urologische Abteilung der k. k. II. chirurgischen Universitätsklinik in Wien. Wien. klin. Woch. Nr. 20. S. 550.

Pöchmüller, M., Die Infektionskrankheiten in Belgrad im Kriegsjahre 1916. Wien. med. Woch. Nr. 17. S. 734.

Pulvermacher, L., *Edmund Lesser*, geb. 12. Mai 1852, gest. 5. Juni 1918. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 13. S. 358.

Riddle Goffe, J., The woman's hospital in the State of New York, founded in 1855. An historical sketch. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 529.

Sannemann, K., Der Dienst des Hafenarztes in Hamburg in den Jahren 1913 und 1914. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. H. 11 u. 12. S. 181.

Seyfarth, C., Schwarzwasserfieber in Südostbulgarien. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. H. 7 u. 8. S. 128.

Stoeckel, W., *Philipp Jung* †. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 521.

Tuberkulosanstalter i Sverige Stallningen 19¹/₄ 18. Stockholm. Centraltryckeriet. 100 S. 50 öre.

Wijndelts, J. W., Een vroedvrouwen-eed in de 16e eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 18. S. 1260.

Winkler, C., In memoriam *Sape Talma*, 20. Dez. 1847—20. Juni 1918. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 26. S. 1763.

Zuiden, D. S. van, Op welke voorwaarden de hofschoenmaker van den koning van Denemarken zijn breuk liet opereeren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 22. S. 1535.

Zumbusch, *Edmund Lesser*. 12. Mai 1852 bis 7. Juni 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 25. S. 682.

23. Technik.

Albert, R., Im Operationssaal. Hyg Nr. 8. S. 75.

Ansinn, K., Nachtrag zum Hebelstreckverband. Münchn. med. Woch. Nr. 26. S. 706.

Atzrott, Eine neue Verschiebebrücke zur Gilletschen Röntgentiefenbestimmung. D. med. Woch. Nr. 19. S. 524.

v. Baeyer, Künstliche Greifhand. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 568.

Blau, A., Ein einfacher Hebestreckverband zur Behandlung von Oberschenkelschußbrüchen. D. med. Woch. Nr. 27. S. 745.

Brandenstein, Abschnürungsklemme als Ersatz der Esmarchschen Binde. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 568.

Broad, W. H., A pylon, or temporary artificial leg. Brit. med. Journ. Nr. 2990.

Crile, D. W., An abduction splint for the femur. Brit. med. Journ. Nr. 2991. S. 476.

Desfosses, P., et Ch. Robert, L'emploi de l'attelle de *Thomas* dans le traitement des fractures du membre supérieur. Presse méd. Nr. 27. S. 241.

Deussing, R., Panoptische Schnellfärbung. D. med. Woch. Nr. 18. S. 494.

Dörr, Arbeitsbehelfe und Radialisschienen für handverstümmelte Landwirte. Münchn. med. Woch. Nr. 28. S. 767.

Drewitz, P., Künstliche Blutleere der unteren Extremität durch Druck mit Hebelpelotte. D. med. Woch. Nr. 22. S. 603.

Emanuel, C., Ein im Felde gebauter Riesenmagnet. Münchn. med. Woch. Nr. 19. S. 512.

v. Exner, A. E. Ranzi und W. Weibel, Über Verbandsstoffsperrung. Wien. klin. Woch. Nr. 30. S. 842.

Fehsenfeld, Erfahrungen mit der Langeschen Goldreaktion. Med. Klin. Nr. 23. S. 570.

Flesch, M., Behelfstragbahre für Untertischdurchleuchtung im Röntgenlicht. Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 538.

Fonio, A., Das Koagulovimeter. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 18. S. 574.

Forel, F., Pince à extension pour fractures. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 5. S. 321.

Friedberger, E., und G. Joachimoglu, Über einen Nährboden zur Züchtung des Bacillus typhi exanthematici (Bacillus proteus x Weil-Felix). Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 805.

Habner, L., Lichtbildtelegraphie und Kriminalistik. Die Umschau Nr. 25. S. 301.

Handmann, Eigenhändige Sondierung und Ausspülung des Ductus nasolacrimalis durch einen teilweise Gelähmten. D. med. Woch. Nr. 27. S. 748.

Hassel, R., Das Blutgallekulturverfahren mit großen Blutmengen zum Nachweis von Typhus- und Paratyphusbazillen, besonders bei Typhusschutzimpfungen. Med. Klin. Nr. 22. S. 544.

Heidenhain, L., Zwei stanzende Instrumente, zur Trepanation und zur Trennung schwacher Knochen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 29. S. 493.

Heusner, H. L., Neues über Licht und Lichtheilapparate. Therap. Monatsh. H. 6. S. 185.

Hoessly, H., Zur Verwendung natürlicher Kraftquellen für kinetische Prothesen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 17. S. 538.

Hössly, H., Zur Frage der Stützapparate mit Stahlgurten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 29. S. 973.

Joynt, R. Lane, A special crutch for men who have lost both an arm and a leg. Brit. med. Journ. Nr. 2992. S. 508.

Kisch, B., Einige neue Differentialnährböden von Bacterium paratyphi A und B. Wien. klin. Woch. Nr. 21. S. 585.

Kohler, A., Über wichtige Grundsätze bei der Anlage von Röntgenbehandlungsräumen. Münchn. med. Woch. Nr. 21. S. 566.

Köhler, H., Einfaches Verfahren zur Ortsbestimmung von Steckschüssen auf einer Röntgenplatte. D. med. Woch. Nr. 27. S. 747.

Lode, A., Über die Verwendung von Phosphor zur Absorption des Sauerstoffes bei der Züchtung der Anaërobier. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 496.

Lossen, H., Über Dauerstreck- und Beugeapparate bei der Behandlung von Gelenkversteifungen. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 6. S. 119.

Lossen, K., Zur Lagebestimmung von Fremdkörpern mittels Röntgenstrahlen. D. med. Woch. Nr. 22. S. 605.

Löw, J., Beobachtungen im dicken Tropfen. Klin.-therap. Woch. Nr. 25 u. 26. S. 190.

Madlener, Pergamentpapier als Mittel zur Dränage. Münchn. med. Woch. Nr. 30. S. 822.

Massini, R., Dreifarbennährboden zur Typhusruhrdiagnose. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 26. S. 887.

Materna, A., Zur Frage der Conradi-Kayserschen Gallenanreicherungsmethode. Erwiderung auf die vorläufige Mitteilung von *W. Seeliger* in Nr. 18 dieser Wochenschrift. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 656.

Mathes, P., Zur Fernhaltung der Röntgengase. Münchn. med. Woch. Nr. 29. S. 792.

Mayet, H., Extension continue et plâtres. Presse méd. Nr. 28. S. 255.

Paysen, Praktische Winke zur Ausführung einer genauen röntgenographischen Fremdkörperlokalisation. D. med. Woch. Nr. 24. S. 657.

Pettavel, C. A., Contribution à l'étude de la transfusion du sang. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 26. S. 862.

Salis, H. v., Zur Frage der Schienenhülsen-Apparate. Bemerkung zu dem Referat von Dr. *H. Hössly* im Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 18. S. 592. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 29. S. 970.

Schaal, J., Ersparnis von Verbandstoffen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 29. S. 498.

Schenker, J., Eine einfache Methode der Umbildung der Armamputationsstümpfe für die durch Muskelkrafttunnels bewegte Prothese. Münchn. med. Woch. Nr. 27. S. 732.

Schepelmann, E., Gesichtsschutzbügel zur Verwendung bei Operationen ohne Narkose. Zentralbl. f. Chir. Nr. 22. S. 366.

Schmid, E. F., Apparat zur Bildung einer Spitzgreifhand durch Ausnutzung der Handgelenksbewegungen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. S. 513.

Schütt, K., Eine neue Röntgenröhre. Umschau Nr. 23. S. 270.

Seeliger, Absaugen von Körperflüssigkeiten mittels des Harterschen Saugapparates. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 27. S. 243.

Stepp, W., Über eine Verbesserung in der Verwendung der Duodenalsonde zum Nachweis der Typhusbazillen in der Galle von Typhusträgern. Münchn. med. Woch. Nr. 22. S. 586.

Svestka, V., Zur Abänderung der Conradi-Kayserschen Gallenanreicherungsmethode. Münchn. med. Woch. Nr. 24. S. 655.

Tebrich, Fliegendichte, versetzbare Kastenlatrine. D. med. Woch. Nr. 29. S. 807.

Thévenard, P., Note pour un procédé „de fortune" pour la transfusion du sang citraté. Presse méd. Nr. 26. S. 237.

Thim, J. R., Eine neue Zilienzange. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 15. — Med.-techn. Mitteil.

Wohlgemuth, H., Neue Formen von Schienenverbänden. D. med. Woch. Nr. 20. S. 549.

Zwirn, O., Eine neue Aderpresse. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 15. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 8. S. 31. — D. med. Woch. Nr. 24. S. 660.

24. Sexualwissenschaft.

Friedjung, J. K., Ärztliche Winke für die Überwachung der kindlichen Sexualität. Med. Klin. Nr. 14. S. 464.

Graetzer, F., Eine erotische Staatsphilosophie. Die neue Generation H. 3 u. 4. S. 71.

Groth, Neomalthusianismus. Münchn. med. Woch. Nr. 20. S. 537.

Guyer, M. F., Review of Wisconsin „eugenics legislation". Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 3. S. 485.

Hirschfeld, M., Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. II. Teil: Sexuelle Zwischenstufen. (Das männliche Weib und der weibliche Mann.) Bonn. Marcus & E. Webers Verlag. 279 S. mit 20 Photographien auf 7 Tafeln. Geh. 15 Mk. 40 Pf., geb. 17 Mk. 60 Pf.

Kammer, P., Geschlechtsbestimmung und Geschlechtsverwandlung. Wien. Moritz Perles. 92 S. mit 16 Abb. Kart. 4 Mk.

Krauß, H., Die sexuelle Aufklärung, eine wichtige Erziehungsaufgabe der Eltern. Hyg Nr. 4. S. 41.

Lelewer, H., Ein Fall von Transvestitismus mit starkem Abbau von Ovarium im Blutserum. D. med. Woch. Nr. 18. S. 490.

Lipschütz, A., Steinachs neue Untersuchungen über die Verpflanzung von Keimdrüsen und die Heilung der Homosexualität. Umschau Nr. 23. S. 265.

Lunden, T., Hur bör läkaren ställa sig till fall av s. k. erreur de sexe? Hygiea Bd. 80. H. 12. S. 705.

Rau, Eine kurze Bemerkung zur Prostitutionsfrage. Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 18. H. 8. S. 215.

Steiner, M., Die psychischen Störungen der männlichen Potenz. 2. Auflage. Wien 1917. Franz Deuticke. 57 S. 2 Mk. 50 Pf.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

85. JAHRGANG BAND 328 HEFT 4
OKTOBER 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 328 | Oktober 1918

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Die Kriegsamenorrhöe.

Sammelreferat von

Dr. **F. Ebeler,** Sekundärarzt der Frauenklinik der Akademie für praktische Medizin in Köln.

Mehr als ein Jahr ist verstrichen, seitdem die erste Arbeit über dieses von v. Jaworski beschriebene Symptomenbild erschienen ist. In der Folgezeit hat eine ganze Reihe von Autoren ihre Erfahrungen zusammengetragen, sodaß es nunmehr berechtigt erscheint, die bisherigen Resultate an unserem Auge vorbeiziehen zu lassen.

Die von Dietrich geprägte Bezeichnung „Kriegsamenorrhöe" wurde allgemein anerkannt, wenn auch, wie Stickel ganz richtig hervorhebt, „der Name das Wesen der Sache nicht trifft"; nur Eckstein hat den Ausdruck „Amenorrhöea acquisata" vorgeschlagen, bis heute aber anscheinend keine Anhänger gefunden.

Aus den verschiedensten Gegenden unseres Vaterlandes und darüber hinaus, aus größeren wie kleineren Städten stammen die Mitteilungen über Kriegsamenorrhöe. Nur in Tübingen hat nach A. Mayers Erfahrungen bis zur Mitte des Jahres 1917 eine Zunahme der Amenorrhöe nicht festgestellt werden können, wie sie außerdem unter den Privatpatientinnen der einzelnen Kliniken weniger häufig zur Beobachtung kam, als unter dem klinischen Materiale, d. h. den Frauen der arbeitenden Bevölkerungsschichten. (v. Jaworski, Czerwenka, Hannes, Spaeth, Eckstein.) Nach Hilferding-Hönigsbergs Aufzeichnungen befanden sich unter den Kassenpatientinnen ihres Materials dreimal so viel Amenorrhöen als unter ihren Privatfällen. Nach den Freiburger Beobachtungen war übrigens die Landbevölkerung genau so zahlreich beteiligt wie die Stadtbevölkerung. Erst bei der Niederschrift seiner Arbeit sah Czerwenka den ersten Fall von Amenorrhöe in seiner Privatpraxis. Diese Patientin bildete noch insofern eine Ausnahme von dem übrigen Materiale, als auf sie im Gegensatz zu den übrigen Patientinnen des Verfassers psychische Insulte in erster Linie nachteilig eingewirkt hatten, die Ernährungsfrage ihr allerdings auch manche sorgenvolle Stunde bereitet hatte.

Die *Dauer* des amenorrhöischen Zustandes schwankte bei den einzelnen Autoren zwischen einem Monat und vier Jahren. Eine Reihe von Autoren hat nur die Fälle verwertet, bei denen mindestens drei Monate lang die Amenorrhöe bestanden hatte.

Während einige das Sistieren der Menses schon *sehr früh* im Jahre 1915 beobachteten (Stickel, Pok und Ebeler in Berlin, Wien und Köln), machte es sich in den meisten Gegenden erst *später*, gegen Ende des Jahres 1916 oder gar erst 1917 bemerkbar. Vermutlich hängt dieses verschiedene Auftreten der Kriegsamenorrhöe mit dem Inkrafttreten der verschiedenen ätiologischen Faktoren innig zusammen.

Das *Einsetzen* der Amenorrhöe erfolgte in der Regel *plötzlich*, nur selten ganz *allmählich*, von Monat zu Monat, von Jahr zu Jahr langsam zunehmend. So wurden z. B. von Giesecke folgende Zahlen angegeben: Er beobachtete 1914 8 Fälle = 0,19 %, 1915 15 Fälle = 0,31 %, 1916 47 Fälle = 0,57 %, dagegen 1917 49 Fälle = 1,29 % (innerhalb der ersten 5 Monate). Nur in 8 Fällen = 8,3 % des Gieseckeschen Materials waren die Menses jedesmal etwas schwächer geworden, bis sie endlich früher oder später ganz zum Stillstand gekommen waren. Nach Czerwenka verteilen sich die Amenorrhöen auf die einzelnen Monate folgendermaßen: er beobachtete 1916 im Oktober einen Fall, im November vier, im Dezember drei, 1917 im Januar drei, Februar zwei, März acht, April zwölf, Mai sechs, Juni acht, Juli acht und August vier Fälle. Spaeth-Hamburg stellt sein Material wie folgt zusammen: ihm begegneten 1916 Oktober zwei, November eine, Dezember zwei, 1917 Februar zwei, März neun und April sogar vierzehn Amenorrhöen. Während nach Stickel in der Charité-Poliklinik die Zahl der Amenorrhöen im letzten Friedensjahre etwa 1 % betrug, wuchs sie für die ersten vier Monate des Jahres 1917 auf 7 % an. Schweitzer gibt übrigens für Leipzig fast das gleiche Zahlenverhältnis an: bei einem Friedensprozentsatze von 1 % fand er einen Ende 1916 einsetzenden Anstieg dieser Zahl auf 5—6 %. Ähnlich lauten die Beobachtungen von Eckstein und anderen Forschern. Von Cordes wurde in ihrem Beobachtungsjahre (von April 1916 bis April 1917) eine von Quartal zu Quartal bemerkbare Steigerung wahrgenommen. Nur im Sommervierteljahr wurde keine Zunahme festgestellt, dagegen bestand im Winterhalbjahr, also in der nassen und kalten Jahreszeit, ein auffallender Anstieg. Die Frequenz

ihrer Sprechstunde betrug von April bis Juni 1916 33 Fälle, um sich im letzten Vierteljahre von Januar bis April 1917 auf 88 zu steigern, während die Zahl von 1236 Aufnahmen sich ziemlich gleichmäßig über das ganze Jahr verteilte. Margret Hilferding-Hönigsberg konnte eine geringe prozentuelle Zunahme der Fälle von 1912—1914 feststellen. 1915 zeigte sich bereits eine größere Zunahme bis 2,6 pM. Für das entscheidende Jahr 1916 konnte sie nur eine große Steigerung der absoluten Zahl (321 gegen 202) konstatieren, aus äußeren Gründen aber keinen prozentualen Anstieg berechnen. Nach ihrem Beobachtungsmateriale muß man annehmen, daß die Winterkälte in ursächlichem Zusammenhange mit dem Eintritt der Amenorrhöe steht. Nach Spaeth setzte die starke Zunahme dieser Menstruationsstörungen im März und April 1917 ein.

Über die Periodenstörungen im allgemeinen machte Franziska Cordes ganz interessante Beobachtungen. Unter 1236 Neuaufnahmen waren 185 Fälle mit Periodenstörungen, unter diesen 100 mit völliger Amenorrhöe und 85 mit gestörter Periode; es ergaben sich bei Berechnung des Prozentsatzes 8,09% Amenorrhöen und 6,06% gestörte Perioden.

Von den 185 Fällen Cordes's standen 107 der Untersuchten, also 57,84% im *Alter* zwischen 20 und 30 Jahren, während der weit größte Teil des Restes, nämlich 44 Fälle, also 23,7%, zwischen 30 und 40 Jahren war. Ebenso beobachtete Hilferding-Hönigsberg in der Altersgruppe 25—30 Jahre eine erhebliche und entschiedene Zunahme. Nach ihr betrug die Prozentzahl des Jahres 1916 (22%) fast doppelt so viel als die des Jahres 1912 (11,5%). Eine untere Altersgrenze wurde von Cordes nicht festgesetzt, da sie nur in einem verschwindend kleinen Teil ihres Materiales unter 20 Jahren betrug und dieses nichts Außergewöhnliches bot. Als obere Grenze wählte sie 42 Jahre, um mit einiger Wahrscheinlichkeit das regelmäßig beginnende Klimakterium ausschließen zu können. Wir sind bei der Festsetzung der Altersgrenzen unserer Patientinnen ähnlich wie Gräfe etwas von den bisherigen Beobachtern abgewichen. Vor dem 20. Lebensjahre wurde zwar kein Fall in die Statistik aufgenommen, dagegen nach dem 40. alle diejenigen, bei denen die Menstruation bis zum Beginn der Amenorrhöe absolut regelmäßig verlaufen war. Gräfe hat als untere Grenze 16, als obere 42 gewählt. Bei Ecksteins Frauen schwankte das Alter zwischen 17 und 48 Jahren, während Giesecke die Altersgrenze zwischen 18 und 40 wählte. Czerwenka hat die Altersgrenze nach unten weiter als 20 Jahre gezogen; unter 20 Jahren war das Alter in 20 von 59 Fällen, während kein Fall das von 40 Jahren erreichte; die älteste Patientin war 39 Jahre alt. Stickels Fälle standen im Alter zwischen 16 und 40 Jahren. Er hebt als besonders bemerkenswert hervor, daß die Geburtenzahl bei seinen 126 Patientinnen auffallend niedrig war: nur zwei Frauen hatten achtmal geboren; 1—2 Partus waren am häufigsten. Etwas höher war dagegen durchschnittlich die Zahl der Aborte. Nicht geboren und abortiert hatten 50. Stickels Material enthielt unter 126 Fällen 61 Ledige und 7 Virgines; die übrigen waren verheiratet bzw. verwitwet. Ähnlich lauten die Beobachtungen anderer Autoren.

Es scheinen also gerade die sexuell vollwertigsten Frauen von der Schädigung der Geschlechtsorgane am stärksten betroffen zu sein, die Frauen, die sonst als die geeignetsten zur Aufzucht angesehen werden. „So hält der Krieg unter den Frauen des Hinterlandes eine ähnliche Auslese im negativen Sinne, wie unter den Männern an der Front.“ (Hilferding-Hönigsberg.)

Die *subjektiven Beschwerden,* die die Patientinnen zum Arzte führten, bestanden teils in einer Beunruhigung über den amenorrhöischen Zustand, teils in allen möglichen nervösen Erscheinungen, besonders in der eingebildeten Schwangerschaft. Demgegenüber behauptet Hilferding-Hönigsberg allerdings, daß nur wenige ihrer Frauen durch die Furcht vor Schwangerschaft zum Arzt geführt wurden, sondern die meisten durch die Angst, „es könne sich auf die Lunge schlagen oder im Unterleibe zusammensetzen“. Die nervösen Klagen steigerten sich von einfachen Kopfschmerzen bis zu den ausgesprochensten klimakterischen Beschwerden. Nach meinen Erfahrungen spielte in der ersten Zeit für die Frauen nicht der amenorrhöische Zustand als „Kriegskrankheit“, sondern die eingebildete Gravidität bei weitem die Hauptrolle. Auch nach Czerwenkas Erfahrungen kamen fast alle Frauen nicht wegen Beschwerden, sondern nur aus Angst, gravide zu sein, in die Sprechstunde. Im ganzen waren die *klinischen Symptome* bei unserem Materiale wenig einheitlich und charakteristisch. Bei den vielen Patienten, die man im Laufe der Zeit zu sehen bekommen hat, wurden die verschiedensten Organe als Sitz der Krankheit bezeichnet und die mannigfachsten subjektiven Beschwerden geklagt, vom Kopf bis zum Kreuz, in den Organen des Bauches wie in der Brust. Bisweilen war eine Zunahme aller Erscheinungen noch z. Z. der schon wieder aufgetretenen Periode zu konstatieren. Die Zahl der *typischen Ausfallerscheinungen* war sehr gering. Unter unserem eigenen Materiale konnte nur ein einziger Fall der Art beobachtet werden; dieser war allerdings sehr charakteristisch. „Im Gegensatz zur Amenorrhöe in der Klimax“, schreibt Eckstein, „fehlten alle Ausfallserscheinungen, was ja auch bei der Amenorrhöe intra et post lactationem zu beobachten ist, ein Zeichen von weiterbestehender innerer Sekretion der Ovarien.“

Hinsichtlich des *Untersuchungsbefundes* ist zu erwähnen, daß so gut wie alle Patienten einen nahezu vollkommen normalen Genitalbefund aufwiesen. Die meisten Autoren haben die Hypoplasien und Adnextumoren von ihrer Sammelstatistik ausgeschlossen, obwohl in beiden Fällen kein plausibler Grund für diese Maßnahmen bestand. Da gerade die entzündlichen Genitaltumoren besonders häufig zu Metrorrhagien neigen, so hätten gerade sie in erster Linie aufgenommen werden müssen. Dasselbe gilt von den Hypoplasien des Uterus, da sie sicherlich unter den größten Schwierigkeiten von den sekundären Atrophien unterschieden werden können. Wir persönlich haben die Hypoplasie von Anfang an mitgerechnet, da gerade sie unter den Amenorrhöen recht zahlreich vertreten war. Nach Cordes wurden bei Feststellung des objektiven Befundes zwei Arten von Störungen unterschieden, ein Typus, der dem antemenstruellen entsprach, einer dem klimakterischen; bei der ersten Kategorie wurde eine leichte Schwellung des Uterus und eine Weichheit des Gewebes beobachtet, „was dem von Leopold seinerzeit an Leichen festgestellten mikroskopischen Schleimhaut- und Gewebsbefunde, nämlich ödematöser Durchtränkung des Gewebes, sowie der durch Erweiterung der Lymphräume bis zu einer Dicke von 6—7 mm veränderten Schleimhaut und der Blutüberfüllung des ganzen Organes entsprechen dürfte.“ Die zweite Art der Störung bestand in einer Verkleinerung des Uterus, Verdünnung seiner Wandungen, in derber und fester Beschaffenheit seines Gewebes, in einzelnen Fällen auch in geringerer Größe und weicher Beschaffenheit der Ovarien, zu der noch eine den Frauen selbst auffällige Erschlaffung der Mammae kam.

Geschwächt durch die Nahrungsstörungen, vermag nach Giesecke der wenig widerstandsfähige Organismus den mannigfachen, auf ihn eindringenden Insulten nicht standzuhalten. Es kommt alsdann zu einer Hypofunktion der inneren, am offensichtlichsten der ovariellen Sekretion, die sich durch ein Schwächerwerden oder ein völliges Sistieren der Menstruation dokumentiert, wechselnd je nach dem Grade der individuellen Veranlagung, nach der Stärke der Ernährungsstörung und nach der Art und Menge der einwirkenden Schädi-

gungen. Je nach der Anpassungsfähigkeit der Eierstöcke an den Umschwung der Verhältnisse setzt die Periode früher oder später, allmählich oder plötzlich wieder ein. Giesecke hält also die Amenorrhöe für eine sekundäre Erscheinung, hervorgerufen durch die Störungen der inneren Sekretion der weiblichen Geschlechtsdrüsen. Der hierdurch bedingte Fortfall des ovariellen Reizes auf die Gebärmutter führte in 38% von Gieseckes Fällen zu einer Schrumpfung des Uterus; im Jahre 1917 stieg die Zahl sogar auf 47%. Bei diesen Patientinnen schwankte die Sondenlänge des Uterus zwischen 5,5 und 7 cm (ausgesprochene Hypoplasien wurden nicht in die Statistik aufgenommen). Die Gebärmuttermuskulatur war stets außergewöhnlich derb, ihre Form erschien deutlich flacher. Die Scheimhäute der Vagina und Portio waren meist von normaler Beschaffenheit, nur bei ganz einzelnen Patientinnen (4%) erschien sie blaß und weniger feucht als normal. Der Menstruationszyklus war bei allen früher vollkommen regelmäßig gewesen. Diese Befunde erinnern Giesecke an die post partum, die er früher während der Stillperiode beobachtete. Die bei der Kriegsamenorrhöe beobachtete Atrophie will er daher genau so deuten, wie die Laktationsatrophie, nämlich als eine Folge des Ausfalles der inneren Sekretion der Ovarien.

Weiter hat Pok bei vier Patientinnen eine mikroskopische Untersuchung der Uterusschleimhaut nach Probe-Cürettagen vorgenommen und in allen Fällen das Endometrium im Stadium des postmenstruellen Zustandes gefunden: Bei den ersten drei Fällen war „das Oberflächenepithel intakt, die der Länge nach getroffenen Drüsen gerade verlaufend und sehr eng, die querliegenden mit ovalem oder spaltförmigem Lumen. Die Epithelien niedrig, zylindrig, Kerne zum Teil deutlich. Kein Sekret. In allen Fällen aber auffallende Drüsenarmut. Stromazellen spindelig, fast kein Protoplasma. Keine Mitosen. Im vierten Falle (13 monatliche Amenorrhöe), welcher nur zwei kleine Stückchen der Schleimhaut lieferte, zeigte das Bild eine überaus arme Mukosa mit zum Teil zerfallenem Oberflächenepithel, enge spaltförmige Drüsengänge und schlanke, spindelförmige Stromazellen." Wenn durch die Herabsetzung der Ernährung die Verdauungsdrüsen in ihrer Tätigkeit geschädigt werden, so muß dies nach seinen Worten auch bei den anderen Drüsenapparaten der Fall sein. „Je weiter aber diese Apparate vom Erhaltungszentrum des Körpers liegen, eine um so entferntere Bedeutung für diesen selbst kommt ihnen zu. Daher müssen diese im Allgemeininteresse früher ausgeschaltet werden. Die Drüsen der Generationsorgane spielen aber für die Erhaltung des Körpers nur eine sekundäre Rolle, insbesondere der Drüsenapparat der Uterusmukosa. Deshalb verfallen sie auch zuerst der Inaktivität, ihre Funktion wird eingeschränkt oder ausgeschaltet." Demgegenüber hält Giesecke es für reichlich gewagt, die Drüsen der Uterusschleimhaut in direkte Parallele zu den Drüsen des Verdauungstraktus zu stellen. „Die Beziehungen zwischen Uterus und Ovarium sind so enger Natur, daß die Uterusblutungen, soweit sie nicht durch Gravidität und Neubildungen verursacht sind, stets in erster Linie auf das Ovarium zu beziehen sind, das haben die neueren Untersuchungen zur Genüge bewiesen." „Sollte deshalb nicht auch die Cessatio mensium in erster Linie auf das Ovarium zurückzuführen sein?" fährt Giesecke fort. „Die herabgesetzte Zeugungsfähigkeit läßt sich wenigstens in diesem Sinne bewerten." Es sind zwar eine ganze Reihe von Schwangerschaften innerhalb des amenorrhöeischen Zeitraumes beobachtet worden, doch ist ihre Zahl im Verhältnis zu der sehr häufigen Kriegsamenorrhöe noch sehr gering. Die meisten Beobachter verfügen über 1—2 Fälle. In meiner ersten Mitteilung konnte ich ebenfalls eingehender über zwei einschlägige Beobachtungen berichten. Mittlerweile hat sich aber unser diesbezügliches Material auf 16 Fälle gesteigert.

Über den *Ovarialbefund* bei Kriegsamenorrhöe berichtet Köhler in der Gynäkologischen Rundschau 1917, H. 23—24, S. 315. Sein Material gewann er von einer 39jährigen Frau, die sieben Monate an sog. Kriegsamenorrhöe litt und der gelegentlich einer Prolapsoperation ein Keil aus beiden Ovarien exzidiert wurde. Frischere und ältere Corpora lutea wurden in beiden Eierstöcken vermißt. Die Corpora albicantia, die sich im Schnitt fanden, kommen für innersekrotische Faktoren nicht in Betracht. Weder bei der Inspektion in situ noch bei der histologischen Untersuchung der Ovarien konnten irgendwelche Zeichen einer klein-zystischen Degeneration festgestellt werden. Wohl war das eine Ovarium in eine etwa wallnußgroße, einkammerige Zyste umgewandelt, doch zeigte der zurückgebliebene Parenchymrest, der dem Hilusteile angehörte, keine Zeichen einer klein-zystischen Degeneration. Das zweite Ovarium stellte ein flaches, derbes, ovoides Gebilde mit leicht höckeriger Oberfläche dar und erweckte den Eindruck eines zwar etwas atrophischen, sonst aber normalen Eierstockes. Keine Spur einer klein-zystischen Degeneration ließ sich nachweisen. Das Stroma des Ovariums war äußerst kernreich, nur sehr spärliche Bindegewebsfibrillen enthaltend, im ganzen Schnitte kein reifender Follikel, sondern nur einige Primordialeier, zahlreiche Corpora albicantia. Die Gefäße waren in der Zahl vermindert, ihr Lumen verengt. „Daß in anderen Partien des Ovariums", meint Köhler, „sich reifende Follikel finden sollten und nur zufällig in dem exzidierten Teile fehlen, ist wohl kaum anzunehmen." Der Fall gab Köhler Gelegenheit, mit einigen Worten auf eine Arbeit L. Fraenkels Bezug zu nehmen. Einerseits konnte er dessen Befunde bestätigen, andererseits ergaben sich gewisse Divergenzen zwischen seinen eigenen, nur makroskopischen Befunden und den von Köhler erhobenen, und damit auch einige Unterschiede in der Bedeutung derselben. (Zentralbl. f. Gyn. 1917, Nr. 44.) Auch Fraenkel vermißte in beiden Eierstöcken frischere und ältere Corpora lutea.

Wie ich schon in meiner früheren Mitteilung hervorgehoben habe, konnten wir unter unserem Materiale 14 mal eine *Hypoplasie uteri* nachweisen; diese Fälle haben sich im Laufe der Zeit noch ganz wesentlich gemehrt. Ähnliche Beobachtungen machte auch Gräfe, Schweitzer und v. Jaworski. Schweitzer schreibt: „Auf der Suche nach objektiv nachweisbaren Veränderungen fand sich am Genitale in zahlreichen Fällen nur insoweit eine Abweichung von der Norm, als eine auffallende Kleinheit und Derbheit des Uterus nachweisbar war; abgesehen von dieser regressiven Uterusveränderung, welche einer Atrophie nahekommt, war der Tastbefund normal." Ähnlich lesen wir bei Gräfe: „Sehr verschieden war der Uterusbefund. Die Gebärmutter fand sich 2 mal entschieden kleiner als normal und 15 mal ausgesprochen atrophisch." Die Frage, worauf diese in 45% seiner Fälle festgestellte Atrophie zurückzuführen ist, beantwortet er folgendermaßen: „Wir wissen, daß das physiologische Erlöschen der Ovarialfunktion im Klimakterium, ebenso das künstlich durch operative Entfernung der Eierstöcke oder durch Röntgenbestrahlung herbeigeführte eine solche zur Folge hat, die schnell fortschreitend schließlich mit völliger Atrophie des Organs ihren Abschluß findet. Diese, wie das Ausbleiben der Menses sind also hier nicht eine primäre, sondern eine sekundäre Erscheinung, die nach den neueren Forschungen durch den Fortfall der inneren Sekretion der Eierstöcke bedingt wird."

„Mag diese Erklärung für das Gräfesche Material zutreffen," schrieb ich in meinem ersten Aufsatze, „für das unsere kann ich sie nicht anerkennen. Dies mag vielleicht in der Verschiedenheit des Materials begründet sein, doch vermisse ich zur Beurteilung dieser Frage in den Gräfeschen Fällen die Angabe, ob verheiratet oder ledig, ob Geburten oder keine vorhanden waren. Das Alter unser 14 Patienten schwankte

zwischen 20 und 27 Jahren; mit Ausnahme von einer waren alle unverheiratet; daher hatten auch 12 von ihnen keine Entbindung durchgemacht, während die übrigen Patienten eine bzw. drei Geburten gehabt hatten. Die Amenorrhöedauer schwankte zwischen 3 und 30 Monaten. Gerade die Hypoplasien hatten die höchsten Amenorrhöewerte aufzuweisen. Man kann nun nicht a priori annehmen, daß die Uteri dieser Kranken im Laufe ihres Leidens atrophisch geworden sind, sondern muß bedenken, daß gerade bei jungen Mädchen gar nicht so selten primär derartig kleine Gebärmütter (sog. Hypoplasia uteri) vorkommen. Selbst die Tatsache, daß zwei von ihnen normale Entbindungen durchgemacht haben, spricht nicht dagegen, wennschon sie auch zu den Seltenheiten gehört."

In dieser meiner Ansicht wurde ich vor allen Dingen durch die *Zunahme der Hypoplasia uteri* bei unserem klinischen und poliklinischen Material bestärkt. Die Hypoplasiefälle verteilen sich nach unseren klinischen Journalen folgendermaßen auf die einzelnen Jahre: 1912: 4, 1913: 3, 1914: 5, 1915: 13, 1916; 22, 1917: 105.

Die *Ursache* der erwähnten Störungen ist selbstverständlich nicht in einem einzigen Faktor, sondern in dem Zusammenwirken einer ganzen Anzahl verschiedenster Momente zu suchen. „Daß die gesamte Ursache mit dem Worte ‚Krieg' gegeben ist", sagt Cordes, „darin sind wir uns alle einig, und diese Ansicht ist schon in dem Worte ‚Kriegsamenorrhöe' zum Ausdruck gekommen." Weiter fährt sie fort: „Wenn auch das chlorotische Moment — bei den Blutproben in meiner Beobachtungsreihe ging der Hämoglobingehalt nicht unter 65 %, er betrug in vielen Fällen sogar 75 % — vielleicht nicht so schwer zu bewerten ist, auch, wie ich eingangs erwähnte, die Unterernährung bei meinem Untersuchungsmateriale nicht so sehr ins Auge springend war, blieben doch eine ganze Anzahl durch den Krieg veranlaßter Ursachen bestehen, die zu berücksichtigen sind, die freilich anderseits uns gleichzeitig die Mittel zur Bekämpfung des Krankheitsbildes aus der Hand winden."

Zunächst sind es die erhöhten körperlichen Anstrengungen, zu denen ein nicht kleiner Prozentsatz unserer Frauen, die vor dem Kriege niemals außer dem Hause tätig waren, verurteilt ist. Hierzu gesellt sich die psychische Erregung über die ungewöhnte Beschäftigung und Umgebung, und vor allen Dingen die Sorge um das tägliche Brot und Leben, um die Familie, die Lieben im Felde, die bangen Gedanken um die Zukunft, oder der Ärger über die sich häufig selbst überlassenen Kinder. Gerade diese letztgenannten Faktoren sind nach Gräfes Ansicht, und wie ich selber bereits betont habe, ätiologisch für die Amenorrhöe viel bedeutungsvoller, als die akuten psychischen Insulte, die der plötzliche Tod des Ehemannes oder des Bräutigams beispielsweise darstellen. Mir ist es ebensowenig wie Gräfe gelungen, derartige unerwartete psychische Erregungen in einen direkten Zusammenhang mit der Amenorrhöe zu bringen, dagegen habe ich häufig in der Folgezeit ihr Auftreten beobachten können. Über die verschiedenen Faktoren ist bis heute, so klein ihre Zahl ist, noch keine rechte Einigung erzielt worden. Drei Punkte erscheinen den meisten Untersuchern am wesentlichsten, die *Veränderung in der Ernäherung*, die *psychischen Alterationen* und die *gesteigerten Arbeitsleistungen*. Dietrich, Stickel, Schweitzer, Gräfe und Pok schuldigen in erster Linie die Einschränkung der Nahrungsmenge und somit eine gewisse Unterernährung an. „Daß aber die Herabsetzung des Stoffwechselumsatzes allein die Ursache wäre," sagt Eckstein, „möchte ich als nicht ganz gerechtfertigt hinstellen, sondern mehr dahin neigen, daß es die gerade für das Liebesleben des Weibes so einschneidenden Wandlungen der Kriegszeit sind, welche bei dem durch die Kriegskost gleichzeitig herabgesetzten Stoffwechselumsatz, bei gesteigerter Arbeitsleistung einen wesentlichen Einfluß erlangt haben, so daß ich diese vermehrt auftretende Amenorhöe als eines der Symptome einer Trophoneurose der ganzen Genitalsphäre aufzufassen berechtigt sein dürfte." Weiter schreibt derselbe Autor, daß von seinen Patientinnen ätiologisch neben der Schwangerschaftsangst schlechte Ernährung bei schwerer körperlicher Arbeit und in der Sommerzeit reichlicher Genuß unreifen rohen Obstes angegeben wird. Dagegen mißt Siegel der erhöhten körperlichen Arbeit und der gesteigerten geistigen und seelischen Inanspruchnahme die Hauptschuld an der Amenorrhöe bei. Ebenso sah Hilferding-Hönigsberg die meisten Amenorrhöefälle im Umkreis der großen Munitionsfabriken mit schwerster Arbeit und Nachtbetrieb. „Erst in dritter Linie", sagt Siegel, „kommt die Ernährung insofern dazu, als eine ungewohnte und auf ein Minimalmaß reduzierte Ernährung bei gleichzeitig bestehender verstärkter, körperlicher Arbeit und sexuellen Alterationen unterstützendes und förderndes Moment wird." Ihnen gegenüber stellen Dietrich, Pok und Schweitzer die Arbeit an die zweite und die physischen Einflüsse an die dritte Stelle, während Gräfe neben der Zunahme der Nahrungssorgen die Sorgen um die Zukunft, um das tägliche Brot einen unterstützenden Faktor von großer Tragweite nennt. Nach Spaeth-Hamburg läßt sich die Ursache der starken Zunahme der Amenorrhöe nur erklären durch die sich fortwährend steigernden Verpflegungsschwierigkeiten in der Großstadt. Der psychischen Alteration kann für seine Klientel nicht die geringste Bedeutung als auslösendem Momente zukommen. v. Jaworski steht auf dem Standpunkte, daß die sog. Kriegsamenorrhöe eine Amenorrhöe ex inanitione sei. Er fand bei allen eine starke Atrophie des Uterus, mit Sondenlänge von 3—4 cm, starker Abnahme des Geschlechtstriebes und der Empfängnis, Abnahme der Leukozyten und Erythrozyten an Zahl, sowie Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes (110—90 mm Hg.). Der *Blutbefund*, der von Stickel in allen Fällen erhoben wurde, in welchen nur der geringste Verdacht auf eine Blutveränderung bestand, ergab in 7 Fällen leichtchlorotische Veränderungen, also Herabsetzung des Hämoglobingehaltes bei normalen Blutkörperchenzahlen, und in 17 Fällen eine leichte Form der Anämie, also Veränderung der Zahl der roten Blutkörperchen; „derartige leichte Anämieformen dürften als sekundär aufzufassen sein; ein geringer Grad von Anämie scheint demnach nicht selten als Begleiterscheinung der sogenannten Kriegsamenorrhöe aufzutreten, ohne aber besondere subjektive Symptome zu machen." (Stickel.) Auch Czerwenka glaubt zur Annahme berechtigt zu sein, daß nicht so sehr seelische Alterationen und verstärkte Körperarbeit, sondern in erster Linie Ernährungseinschränkungen auf die Funktion der Generationsdrüsen hemmend einwirken.

„Wahrscheinlich ist es nicht sowohl eine ungenügende Gesamtmenge der Nahrungsmittel", sagt von Franqué, „sondern vor allem der Fleisch- und Fettmangel, vielleicht auch der Mangel an frischem Gemüse." Der dadurch bedingten Abschwächung und dem schließlichen Fortfall der „inneren Sekretion des Ovariums" ist die Kriegsamenorrhöe zuzuschreiben, und dieses wird uns um so leichter verständlich, wenn wir uns erinnern, „daß gerade im Fleisch dem Körper vielfach Reizstoffe zugeführt werden, im grünen Gemüse Eisen, und wenn wir hören, daß es Seitz und anderen gelungen ist, aus dem Ovarium fettähnliche Substanzen, Lipoide und Lipamine, zu isolieren, mit denen man verstärktes Wachstum und Blutung am Uterus hervorrufen konnte, die also sicherlich bei der inneren Sekretion der Ovarien eine Rolle spielen." (von Franqué.)

Fischer (Wien) hat weiter die Aufmerksamkeit auf bestimmte *toxische Einflüsse* gelenkt. Da seit dem Jahre 1915 zum Zweck der besseren Ausnützung

des Getreides eine intensive Vermahlung des Rohmaterials stattfindet, so sind dem Mehle bei nicht sorgfältiger Reinigung heute verschiedene, nicht harmlose Substanzen, darunter auch Mutterkorn, beigemengt. „Es muß bei diesen minimalsten und nicht toxischen Dosen gar nicht zum Bilde jener Formen von Ergotismus kommen, die wir als konvulsive und als gangränöse Form kennen, es kann bloß der Uterus, ein bekannt feines Reagenz für Ergotin, in Mitleidenschaft gezogen sein. Andere Vergiftungssymptome können hierbei fehlen. Die mannigfachsten Mischungsverschiedenheiten beim Mehle und gewiss auch individuelle Dispositionen, wie sie vielen Giften gegenüber bestehen, könnten es verständlich machen, warum die Amenorrhöe doch nur bei einem relativ kleinen Bruchteil der Frauen zu beobachten ist, wobei aber unsere tägliche Erfahrung ein fortwährendes Ansteigen der Amenorrhöefrequenz zeigt". (Fischer.)

„Zwei weitere Punkte, auf die wir unser Augenmerk richten müssen", lesen wir bei Cordes, „sind die schädigenden Momente der *Nässe* und *Kälte*, die ein besonderes Anschwellen der Erscheinungen in den Wintermonaten veranlaßten, und vor allem das den Frauen aufgezwungene Zölibat". „Es ist eine bekannte Erscheinung, daß nach einer heftigen Durchkältung und Durchnässung z. B. bei Wäscherinnen, auch bei nassen Füssen die Periode aussetzt. Welchen Durchkältungen und Durchnässungen sind unsere Frauen, auch die, die nicht im Erwerbsleben stehen, im verflossenen Winter ausgesetzt gewesen!" (Cordes.)

„Und dann das *Zölibat!* Bei Besprechung der eintretenden Menopause, resp. bei Angabe der Zahl, in welchem Alter die Menopause bei den Frauen eintritt, finden wir immer und immer wieder, daß die Menopause bei Frauen, die nicht geschlechtlich oder geburtlich tätig waren, verfrüht auftritt." (Cordes.)

Hierzu nimmt Kisch in seinem „Geschlechtsleben des Weibes" folgendermaßen Stellung: „Einen wesentlichen Einfluß auf den frühen oder späteren Eintritt der Menopause übt die geringere oder größere sexuelle Betätigung der Frauen im Zeitalter der Menarche."

Diese letztgenannte Ursache wird nach Cordes' und auch unseren eigenen Beobachtungen noch durch jene Fälle gestützt, bei denen bei länger bestehender Kriegsamenorrhöe nach Rückkehr des Ehemannes aus dem Felde bzw. nach den ersten Kohabitationen sich eine manchmal sehr profuse, länger anhaltende Blutung einstellte.

„Auch diese Ursache", sagt Cordes, „wird bestehen bleiben, solange es Krieg ist; ich glaube indes, sie nicht unerwähnt lassen zu können, weil sie den Begriff der „Kriegsamenorrhöe" einesteils noch fester fixiert, andererseits die oben von Kisch u. a. vertretenen Anschauungen stützt."

Auch Fraenkel sieht in der sexuellen Abstinenz einen ätiologischen Faktor der Kriegsamenorrhöe (neben den anderen bisher angegebenen Momenten, wie Unterernährung, Überanstrengung und psychischem Shock); ebenso erklärt er das Zustandekommen der kleinzystischen Degeneration in seinen Fällen mit dem Ausbleiben des geregelten geschlechtlichen Verkehrs durch längere Zeit.

Demgegenüber konnte Köhler in seinem Falle die sexuelle Abstinenz nicht als Ursache der Amenorrhöe anerkennen. Auch für das Zustandekommen der kleinzystischen Degeneration der Ovarien konnte er sie nur schwer als Ursache gelten lassen. Er schreibt unter anderem: „Die Abstinenz kann ja wohl zu Stauungen im Ovarium führen, und diese gelegentlich ebenso wie eine Entzündung eine überstürzte Follikelreifung, als deren Produkt jetzt die kleinzystische Degeneration gewöhnlich angesehen wird, verursachen, jedoch ist auch dieser Erklärungsversuch bis jetzt nur Hypothese. Die eigentliche Genese der kleinzystischen Degeneration kennen wir nicht. Dagegen sind wir gewohnt, diesen Vorgang, der gewissermaßen eine Hyperfunktion des Ovariums vorstellt, auch mit Hyperpermenorrhöe resp. Metrorrhagie einhergehen zu sehen, und die in der Mehrzahl der Fälle von kleinzystischer Degeneration vorhandene verdickte und hyperämische Uterusschleimhaut läßt die profuse Blutung auch begreiflich erscheinen." „Um so schwerer," fährt Köhler fort, „fällt es nach diesen Voraussetzungen, sich die Vorstellung Fraenkels zu eigen zu machen, daß derselbe pathologische Zustand des Ovariums sich bei den Fällen von Kriegsamenorrhöe im konträren Sinne als gewohnt äußern sollte. Unsere Befunde lasssen nur schließen, daß die Ursachen der Kriegsamenorrhöe in der fehlenden Ovulation gelegen, also ovariellen Ursprungs sind, und nicht der Uterus die Amenorrhöe verschuldet. Zur Klärung dieser fehlenden Ovulation bedürfen wir aber nicht des Umweges über die kleinzystische Degeneration resp. der sexuellen Abstinenz. Beide Tatsachen dürften bei den Fraenkelschen Fällen nur zufällige Nebenbefunde sein. Worauf das Fehlen der Ovulation zurückzuführen ist, dafür gibt die histologische Untersuchung des Ovariums, soweit natürlich ein Fall Schlüsse gestattet, keinen Anhaltspunkt, und wir sind vorläufig auf die bisher in der Literatur angeführten Momente angewiesen."

Für die *Diagnose* kommt außer der genauen Anamnese hauptsächlich die sichere Ausschließung von Schwangerschaft in Frage. Dies hat man in verschiedener Weise zu erreichen versucht; einmal dadurch, daß man nur die Fälle mitrechnete, bei denen mit absoluter Sicherheit eine Gravidität ausgeschlossen war (d. h. nicht vor 3 Monaten bestehender Amenorrhöe), ferner dadurch, daß man das verwertete Material nach einer gewissen Zeit einer Revision unterzog, wie das beispielsweise in den von mir veröffentlichten Fällen geschah. Unsere Patientinnen, soweit sie nicht spontan nach Wiedereinsetzen der Periode in der Poliklinik erschienen waren, wurden sämtlich brieflich zu einer Nachuntersuchung bzw. zu einer schriftlichen Äußerung aufgefordert. Auf diese Weise ließ sich dann eine bei der ersten Untersuchung etwa übersehene Gravidität mit Sicherheit feststellen. Gleichzeitig haben wir durch die Revision wichtige prognostische Anhaltspunkte erhalten und die Erfahrung gemacht, daß die Prognose der Kriegsamenorrhöe durchaus günstig ist. Allgemein, soweit überhaupt Angaben darüber existieren, hat man die Beobachtung gemacht, daß nach einer verschieden langen Übergangszeit der Organismus und somit das Ovarium sich auf die neuen Kriegsverhältnisse einstellt und nun wieder eine normale Tätigkeit aufnehmen kann. Im allgemeinen wird dieser Zeitraum der Anpassung nicht allzu lange dauern, vorausgesetzt daß es nicht, wie mehrfach auch von uns beobachtet worden ist, zu Rezidiven kommt. Ein dauernder Schaden wird aber nach Ansicht der meisten Autoren wohl niemals resultieren. Nach Gieseckes einwandfreier und exakter Feststellung trat in 54% seiner Fälle nach längerer Sistierung der Periode (die Zeit schwankte zwischen 4 und 18 Monaten) entweder unvermutet oder allmählich der normale Menstruationszyklus wieder ein. Seine Beobachtungen konnte Giesecke sowohl bei Frauen, die behandelt wurden, machen, als auch bei solchen, bei denen eine Therapie nicht dringend erforderlich schien. „Zum Glück für die Zukunft unseres Vaterlandes hat es also den Anschein," so lesen wir bei Giesecke, „als ob die Ovarien imstande sind, sich entsprechend der individuellen Veranlagung früher oder später dem Wechsel der Ernährung sowie den körperlichen und seelischen Einflüssen anzupassen, sodaß es schließlich wieder zu einer regelmäßigen Follikelreifung kommt. Wir werden also nicht den Friedensschluß und geeignetere Verhältnisse abwarten, um die Ausheilung der Amenorrhöe zu erleben, zumal sich auch nach demselben die Ernährungsverhältnisse in den ersten Monaten voraussichtlich noch nicht wesentlich ändern werden. Die Möglichkeit muß aber immerhin zugegeben

werden, daß bei den wenig widerstandsfähigen Individuen die Wiederherstellung der normalen Ovarialfunktion infolge der Schwere und langen Dauer der schädigenden Insulte nicht eintritt." (Giesecke.) Ein sicherer Beweis für das wenigstens temporäre Erhaltensein der Ovarialtätigkeit bei Amenorrhöe ist die Tatsache, daß bei einer Reihe von Fällen während derselben der Eintritt von Schwangerschaft beobachtet wurde (Dietrich, Siegel, Schweitzer u. a.); ich erwähnte bereits, daß sich unser diesbezügliches Material auf 16 Fälle erhöht hat. Ein immer deutlicherer Beweis für die eben geäußerte Ansicht von der Erhaltung der Eierstocksfunktion in dem Stadium der Amenorrhöe.

Hinsichtlich der *prognostischen Bewertung* des Untersuchungsbefundes hat Cordes, wie bereits erwähnt, zwei Arten der Störungen unterschieden, einen Typ, der dem antemenstruellen (leichte Schwellung des Uterus, Weichheit des Gewebes), und einen zweiten, der dem klimakterischen entsprach (Verkleinerung der Gebärmutter, Verdünnung der Wandung, derbe und feste Beschaffenheit des Gewebes). Während Typ I leichter zu behandeln war, war eine Beeinflussung in einer großen Anzahl der Fälle bei Typ II bisher überhaupt nicht möglich, wie auch die nervösen Störungen bei I nicht wesentlich waren, die im allgemeinen in der Zeit den Menses vorausgingen, bei Typ II aber bis zu den schwersten klimakterischen Erscheinungen führten. Typ II fand sich nicht allein bei Frauen, die nahe der 40iger waren, sondern er wurde in besonders prägnanter Weise auch bei jüngeren Frauen festgestellt, so bei mehreren mit 30 Jahren, bei einer mit 25 Jahren, wo direkt an eine Klimax praecox gedacht werden mußte.

Nicht nur die Beschwerden Amenorrhöischer, sondern in erster Linie die Gefahr eintretender Sterilität legen dem Arzt die Pflicht nahe, möglichst nachdrücklich an die *Bekämpfung* der Kriegsamenorrhöe zu gehen. An erster Stelle wird von allen Autoren eine roborierende Diät gefordert, dann müssen wir weiter die psychischen Einflüsse durch geeignete Nerventherapie paralysieren, soweit psychische Einflüsse unserer Therapie zugängig sind. „Der roborierenden Therapie," sagt Cordes, „wird sich in vielen Fällen die Unmöglichkeit der Beschaffung von Zulagekost in den Weg legen, aber ich glaube, gleich Gräfe, doch befürworten zu sollen, daß man im Hinblick auf die Schädigung durch Erhöhung der Sterilität Rücksicht auf derartige ärztliche Verordnungen von seiten der Lebensmittelämter in größerem Maßstabe nehmen sollte." Außer diesem wichtigen und grundlegenden Moment ist der medikamentösen Behandlung alle Aufmerksamkeit zu schenken. Die Verwendung von Ovarialpräparaten lag am nächsten, und es sind diese auch von den meisten Autoren mit mehr oder weniger einwandfreiem Erfolge angewendet worden; daneben haben sich die Arsenpräparate von gutem Nutzen gezeigt. Cordes hat in 133 Fällen Ovaradentriferrin gegeben, in 60 dieser Fälle mit gutem Erfolge, der nach 8 Tagen bis 2 Monaten eintrat und besonders auffällig wurde in den Fällen, in denen nach dem ersten Auftreten der Periode die Menstruation wieder längere Zeit aussetzte und erst aufs neue durch Ovaradentriferrin erreicht wurde. Nach Cordes' Anschauungen wirkt das Ovaradentriferrin besonders günstig bei Fällen mit nervösen Beschwerden. Neben dem Ovaradentriferrin hat Giesecke z. B. Versuche gemacht mit Ovarigen, Menogen, Lienin, Biovar, Hypophysin und Luteoglandol. „Erfolge sind zum Teil vorhanden, aber nicht einheitlich." (Giesecke.) Einige sichere Erfolge glaubt er durch Erzielung einer aktiven Hyperämie der inneren Genitalien mittels Diathermieapparates beobachtet zu haben. Teilweise scheint ihm ferner der Genuß des frischen Gemüses von günstiger Wirkung gewesen zu sein. In einer großen Reihe von Fällen, in denen keine Atrophie des Uterus und keine wesentlichen Klagen vorlagen, hat Giesecke eine eigentliche Behandlung nicht eingeleitet, hat sich vielmehr darauf beschränkt, den Leuten das Leiden zu erklären und als harmlos zu schildern, schließlich wohl auch als Vorteil hinzustellen, da ihr Körper bei der herabgesetzten Ernährung und schweren Arbeit nicht durch Blutverlust geschwächt würde. Gerade unter diesen Fällen trat die normale Periode spontan und nach verhältnismäßig kurzer Amenorrhöedauer wieder ein. Die individuelle Disposition scheint Giesecke von großem Einfluß zu sein.

„Leider ist," wie Giesecke mit Recht betont, „ein Lipamin enthaltendes Präparat bisher gar nicht zu erhalten." Nach den Untersuchungen von Seitz, Wintz und Fingerhut soll ja das Lipamin der Follikel im Gegensatz zu dem vom fertig ausgebildeten Corpus luteum gelieferten Luteolipoid blutungsfördernd wirken. „Ob diese hypothetische Annahme richtig ist, ließe sich gerade bei den Kriegsamenorrhöen gut feststellen." (Giesecke). Neben der medizinischen Therapie greift Gräfe zur bipolaren intrauterinen Faradisation. Cordes möchte einer leichten kombinierten Massage des Uteruskörpers, die von ihr wiederholt mit gutem Erfolge angewandt wurde, das Wort reden. Eine weitere Fürsorge hat nach Cordes dem Schutz der Frau gegen Nässe und Kälte zu gelten. Vor allem soll man, wie sie betont, auf die Schädigung durch diese hinweisen. „Sehr wünschenswert wäre auch ihrer Ansicht nach im Interesse der vorliegenden Fälle, die ja nicht nur den Arzt, sondern auch wegen der eventuellen Folge (Sterilität) den Staat interessieren müssen, wenn die Gemeinden mehr und mehr Sorge trügen, daß die Butter- und sonstigen Polonäsen, die so gesundheitsgefährdend in jeder Hinsicht sind, aus dem Städtebild verschwänden."

Literatur.

1) Cordes, Franziska, Beitrag zur Kriegsamenorrhöe. Frauenarzt 1917. H. 9.

2) Czerwenka, K., Über Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 52.

3) Dietrich. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 6. S. 157.

4) Dolisi, Leo, Über Kriegsamenorrhöe. Inaug.-Diss. Straßburg. 1918.

5) Ebeler, F., Zur Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. S. 696.

6) Eckstein, E., Über erworbene Amenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. S. 748.

7) Eckstein, E., Über erworbene Amenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. S. 333.

8) Fischer, J., Zur Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. S. 989.

9) Fraenkel, L., Eierstockstätigkeit und Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 44.

10) von Franqué, Kriegsfolgen auf gynäkologischem und geburtshilflichem Gebiete. Würzburg. Abhdlg. Bd. 17. H. 11. 1918 (30. März).

11) Giesecke, A., Zur Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. S. 865.

12) Gräfe, M., Über Kriegsamenorrhöe. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 579.

13) Grünbaum, M., Zur Frage der Entstehung von Kriegsamenorrhöe. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1266.

14) Hannes, W., Kriegsamenorrhöe. D. med. Woch. Nr. 32. S. 1000.

15) Heimann, Fr., Die Behandlung der Amenorrhöe. Berl. klin. Woch. Nr. 34. S. 822.

16) Hilferding-Hönigsberg, M., Zur Statistik der Amenorrhöe. Wien. med. Woch. 1917. Nr. 27.

17) v. Jarwoski. Wien. klin. Woch. Nr. 24. H. 34.

18) Kisch, Das Geschlechtsleben des Weibes. 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien 1917.

19) Köhler, Ovarienbefund bei Kriegsamenorrhöe. Geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Sitzung v. 13. XI. 1917. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 7.

20) Pok, J., Über Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 483.
21) Schilling, Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. inn. Med. 1917. Nr. 31.
22) Siegel, P. W., Zur Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. S. 329.
23) Spaeth, F., Zur Frage der Kriegsamenorrhöe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. S. 664.
24) Stickel, M., Zur Amenorrhöefrage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. S. 689.
25) Stoeckel, W., Krieg und Gynäkologie. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Nr. 7. S. 3.
26) Schweitzer, B., Kriegsamenorrhöe. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 551.
27) Vaerting, M., Kriegsamenorrhöe und Sterilität. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 22.

B. Auszüge.

I. Militärmedizin.

326. **Zur Klinik des Skorbuts in der russischen Armee;** von E. Hoerschelmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1617.)

H. sah das Ende einer Skorbutepidemie in einem russischen Armeekorps und eine zweite solche in derselben Heeresabteilung. Das Auftreten der Krankheit ließ sich auf ungeeignete Ernährung zurückführen. Bei der zweiten Epidemie fielen öfters innere Organblutungen auf, die mit Fieber verliefen — Blutungen in die Milz, Hämothorax, Nephritis haemorrhagica, skorbutische Gelenkergüsse. — Direkte Übertragung der Krankheit wurde nie beobachtet. Das Offizierskorps blieb verschont — es erkrankten nur vereinzelt Offiziere und nur ganz leicht, obwohl die Beköstigung auch für diese aus der vorderen Linie aus der Soldatenküche erfolgte. Kadner (Dresden-Loschwitz).

327. **Über die Behandlung herzkranker Soldaten in Kurorten und Heilstätten;** von K. F. Wenckebach. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1918. Nr. 1. S. 1.)

W. schlägt für den praktischen Gebrauch folgende Einteilung des Herzmaterials vor:

1. Die organischen Herz- und Aorten-Krankheiten: a) bei genügender Kompensierung, b c d) bei Dekompensierung ersten, zweiten, dritten Grades.
2. Arteriosklerose, selbständige Blutdrucksteigerung und Stenokardie.
3. Die selbständigen Arythmien.
4. Konstitutionelle und auf Grund anderer Krankheitszustände erworbene Formen der Herzschwäche.
5. Die psychischen und rein subjektiven Herzbeschwerden.

Von diesen sollen die unter 1 d begriffenen nicht in Kurorte zu freier Kur geschickt werden; sie eignen sich für klinisch geführte Sanatorien. — Die unter 3. und 5. untergebrachten Fälle verdanken hauptsächlich den *allgemeinen* Einwirkungen guter Kurorte günstige Erfolge. — Das *kohlensaure Bad* sei anderen Bädern überlegen, wie schon die starke Rötung der Haut zeigt, die das Zeichen einer starken Einwirkung auf die Zirkulationsorgane ist. Doch sei der direkte Einfluß desselben auf die Funktion der Herzen schwer nachzuweisen, da ja auch schon die Temperatur des Bades eine große Rolle spiele. Vielleicht sei der Einfluß der Kohlensäure nur gering einzuschätzen. Jedenfalls wirke das hydroelektrische Bad viel stärker druckerniedrigend, und die altbewährte Hydrotherapie sei vielleicht viel wirksamer in kräftiger Beeinflussung des Kreislaufes. Den allerbesten Erfolg übe das kohlensaure Bad da, wo erhöhter Blutdruck die Hauptursache der Herzbeschwerden darstellt, bei Kranken der Rubrik 2. Gute Wirkung sah W. bei Herzinsuffizienz in der Rekonvaleszenz, wobei Kombination mit vorsichtiger Übungstherapie sehr zu empfehlen sei. Bei Hypotonie sah W. von kohlensauren Bädern keine Erfolge. Das *hydroelektrische* Bad wirke blutdruckerniedrigend, wobei jedoch die Temperatur des Wassers stark mitwirke. Von *hochgespannten Wechselströmen*, *Diathermie, künstlicher Höhensonne* sah W. nur in Fällen Erfolge, in denen auch andere suggestive Einflüsse sich wirksam erwiesen. — Die Hydrotherapie zeitigt bei den Fällen der Rubriken 4. und 5. gute Erfolge. Übungstherapie sei im täglichen Leben nicht durchzuführen. Durch ihre Anwendung gelange aber häufig Extrasystolie und Tachykardie zur Heilung, besonders wenn sie durch leichte geistige Aufgaben unterstützt wird. — Herzbeschwerden der Fünfzigjährigen, die oft durch Fettansammlung im Bauch und Stockungen des Darminhaltes bedingt sind, werden gut beeinflußt durch Marienbader oder andere alkalische Wässer.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

328. **Zur sogenannten Kriegsnephritis;** von G. Brückner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1588.)

B. erzählt eine Krankengeschichte, die kurz zusammengefaßt folgendermaßen lautet: Plötzliche Erkrankung mit schleimig-blutigen Durchfällen: Ruhrverdacht. Am 14. Krankheitstage allgemeiner Hydrops. Wegen Nephritis dem Feldlazarett überwiesen. Am 21. Krankheitstage 3 urämische Anfälle, in die Erscheinungen einer Meningitis cerebrospinalis übergehend, die in wenigen Tagen abklingt unter Verschwinden des Hydrops. B. konstruiert folgenden Zusammenhang dieser Erscheinungen: Der infektiöse Darmkatarrh führte durch Bakterientoxine zu Nephritis. Da die Lumbalpunktion erhöhten Druck feststellte, während die Lumbalflüssigkeit keine Besonderheiten zeigte, sowie aus dem Verlauf der Meningitis, die sich anschloß, läßt sich annehmen, daß diese keine schwere Form gewesen sein kann. — Die Kriegsnephritis unterscheide sich somit nicht nur durch akutes Auftreten des Hydrops von der schleichend beginnenden Friedensnephritis, sondern auch dadurch, daß alsbald schwerste Komplikationen eintreten können, ohne eine schwere Prognose zu bedingen: akute Intoxikation durch Bakterien oder sonstige Endotoxine. B. fordert, daß Kriegsnephritiker nicht transportiert, sondern in das nächste Feldlazarett eingeliefert werden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

329. **Zur Frage der Eosinophilie bei der akuten Nephritis im Kriege;** von A. Finger und K. Kollert. (Med. Klin. 1918. Nr. 11. S. 266.)

Bei mehr als der Hälfte der Nierenkranken fand sich Eosinophilie im Blute, bei den kontrolluntersuchten gesunden Soldaten nur in 25%.

Cordes (Berlin).

330. **Beobachtungen über chronische Nierenleiden bei Kriegsteilnehmern;** von M. Löhlein. (Med. Klin. 1917. Nr. 42. S. 1111.)

L. berichtet über 6 Fälle chronischen Nierenleidens, von denen vier rein arteriosklerotische Nierenerkrankungen bieten, während der eine eine fortgeschrittene Glomerulonephritis, der andere eine sekundäre Schrumpfniere mit sehr schweren zum Teil entzündlichen, rein arteriosklerotischen Veränderungen der kleinen Arterien darstellt. Cordes (Berlin).

331. **Zur Kenntnis des „nervösen Kriegsherzens";** von Plehn. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1634.)

Pl. hält die bei nervösen Personen besonders nach körperlichen Anstrengungen auftretenden Herzsymptome bedingt durch eine Tonusminderung im Gefäßsystem, durch eine funktionelle Kreislaufschwäche. Die Steigerug der Schlagfrequenz und die Vergrößerung des Herzens sind sekundäre Folgen der Gefäßparese. Objektiv tritt diese Art Gefäßschwäche in einem Herabsinken des Bludrucks (Maximum bis auf 80, Minimum bis 50 Riva Rocci) zutage.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

332. **Zur aktiven Behandlung der Kriegsneurosen;** von C. H. Spranger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1327.)

In der Sonderabteilung für Kriegsneurotiker in Königsberg i. Pr. wird hauptsächlich ein leicht schmerzhafter faradischer Strom unter Wachsuggestion angewendet. An die Behandlung werden Übungen angeschlossen, und zwar in milderer Form als das Kehrersche Gewaltexerzieren. Nach mehrwöchiger bezahlter Arbeit wurden die meisten als kriegsuntauglich ohne Rente, etwa 4% als arbeitsverwendungsfähig oder garnisonverwendungsfähig entlassen. Im ganzen waren unter Zuhilfenahme des elektrischen Stroms 308 Fälle symptomfrei geworden. Jolly (Halle).

333. **Zur Theorie der traumatischen Kriegsneurose;** von H. Reiß. (Wien. klin. Rundschau 1917. Nr. 41—49.)

Unter besonderer Schilderung der Wirkungen des Luftdrucks auf Ohr und Gehirn bezeichnet R. die Detonationstraumation als das Prototyp der typischen traumatischen Kriegsneurose, deren gemeinsame Entstehungsursache die heftige Lufterschütterung im Umkreis eines explodierenden Sprenggeschosses sei. Es komme zu den Erscheinungen einer Labyrinth- plus einer Gehirnerschütterung. Am längsten persistieren Symptome, welche durch gewerbliche Veränderungen, Destruktionen des Mittel- und Innenohrs sowie der Gehirnsubstanz bedingt sind. An das Trauma mit seinen Folgezuständen können sich sekundäre, psychisch bedingte oder ausgelöste hysteriforme Züge anschließen. Jolly (Halle).

334. **Therapeutische Differenzierung der Kriegsn[illegible]venkranken;** von W. Hellbach. (Med. Klin. 1917. Nr. 48. S. 1259.)

H. tritt mit Recht für eine Trennung der Hysteriker und Neurastheniker ein und befürwortet Schaffung eigener Neurasthenikerlazarette mit fachärztlicher Versorgung. Jolly (Halle).

335. **Zur Frage der Dienstfähigkeit und der Dienstbeschädigten bei organisch Nervenkranken;** von M. Lewandowsky. (Med. Klin. 1917. Nr. 42. S. 1108.)

Im Anschluß an die Demonstration eines Falles von Syringomyelie weist L. auf die Schwierigkeiten hin, welche sich bei der Beurteilung der Dienstfähigkeit und der Dienstbeschädigung bei organischen Nervenkrankheiten ergeben. Auch Tabes und Paralyse können durch eine Reihe schädlicher Einflüsse des Kriegsdienstes erheblich verschlimmert oder in ihrem Verlauf beschleunigt werden. Jolly (Halle).

336. **Über die operative Behandlung der Bauchschußverletzungen bei der Sanitätskompagnie;** von Busalla. (Med. Klin. 1917. Nr. 10. S. 278.)

B. hat auf dem östlichen Kriegsschauplatz, wo der Weg von der Sanitätskompagnie zum Feldlazarett meist relativ weit war, eine Reihe von Bauchschußverletzungen bei der Sanitätskompagnie operiert und dabei ganz gute Heilungsziffern erzielt. Unter Ausschluß der moribund Eingelieferten, die für die Operation nicht mehr in Betracht kamen, hat er bei seinen Bauchschüssen 50% geheilt. Die Besprechung der Symptome und der Indikationsstellung bietet keine neuen Gesichtspunkte. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

II. Anatomie und Entwicklungsgeschichte.

337. **Über die quergestreifte Darmmuskulatur der Fische;** von J. Altzinger. (Anat. Anzeiger Bd. 50. S. 425. 1917.)

Seit längerer Zeit ist es bekannt, daß im Gegensatz zu allen anderen Wirbeltieren in der *Darmwand mancher Knochenfische,* namentlich der Schleie, *quergestreifte Muskulatur* vorkommt. Es war aber bisher weder genau bekannt, wie weit sich diese Muskelart kaudalwärts ausdehnt, noch ob sie bei allen Teleosteern in gleicher Weise und Ausdehnung vorkommt, noch ob sie ihrem Baue oder ihrer Abstammung nach von der quergestreiften Muskulatur abweicht. Zur Klärung dieser Fragen untersuchte A. außer der Schleie Karpfen, Aitel und Schlammpeizger. Es zeigte sich, daß bei allen vier untersuchten Knochenfischarten quergestreifte Muskulatur in der Darmwand vorkommt, wenn auch in verschiedener Ausbildung bzw. Ausdehnung, ferner, daß diese quergestreifte Darmmuskulatur stets die direkte Fortsetzung der Schlundmuskulatur darstellt.

Beim Karpfen und Aitel reicht die quergestreifte Muskulatur aber im wesentlichen nur bis zum Magen, beim Schlammpeizger erstreckt sie sich schon über die halbe Länge des Darmkanals und bei der Schleie bis in den Enddarm, ohne aber am After die Verbindung mit der Stammuskulatur zu erreichen.

Außer der gestreiften Muskulatur kommt aber in der Darmwand aller von A. untersuchter Knochenfische auch *glatte Muskulatur* vor, die im Bereiche des Ösophagus schwach beginnt und sich kaudalwärts verstärkt.

Die beiden Muskelarten in der Darmwand der Teleoster verhalten sich zueinander nun so, daß die quergestreifte Muskulatur von der glatten an der Innen- wie Außenfläche umgeben wird, also gleichsam in die glatte Muskulatur eingewachsen erscheint. A. zieht daraus den Schluß, daß die quergestreifte Muskulatur

des Knochenfischdarms *nicht in loco entstanden* ist wie die glatte Muskulatur, d. h. durch Differenzierung seitens der Splanchnopleura, sondern daß sie aus der Muskulatur des Kopfdarms abzuleiten ist und von dieser aus kontinuierlich mehr oder weniger weit kaudalwärts ausgewachsen ist. Ein ähnliches Verhalten, wie es am Darme getroffen wird, läßt auch der Luftgang erkennen; auf diesen wächst die quergestreifte Muskulatur des Kopfdarms in analoger Weise eine Strecke weit über.

Was den feineren Bau der quergestreiften Muskulatur der Darmwand der Knochenfische anlangt, so unterscheidet sich diese in keiner Weise von der der Stammuskulatur; sie besitzt Sarkolemm und wandständige Kerne, weicht also in ihrem Baue nicht etwa wie die Herzmuskulatur von der Stammuskulatur ab.

Sobotta (Königsberg).

338. **Die Entwicklung der Trachea bei Lacerta agilis;** von H. Boeker. (Anat. Anz. Bd. 50. S. 452. 1917.)

B. hatte Gelegenheit, an der Hand des lückenlosen Serienmaterials von Peter die *Entwicklung der Luftröhre* bei unserer gemeinsamen *Eidechsenart* zu untersuchen. Sie verdankt ihre Entstehung nicht, wie man bisher annahm, einem in kraniokaudaler Richtung fortschreitendem Abschnürungsprozesse; sie wird nicht durch Abfaltung vom Darm und auf Kosten der Trachealrinne vergrößert, sondern sie wächst aktiv aus dem Darm hinaus, während gleichzeitig der ganze Bereich der Ausgangsstelle vom Darmrohr einer hochgradigen Rückbildung verfällt. Dadurch wird die Einmündungsstelle des Trachealrohres schließlich bis in den Bereich der zweiten Schlundtasche verschoben.

Sobotta (Königsberg).

339. **Der Zusammenhang zwischen Mitochondrien und Bindegewebsfibrillen;** von A. M. Frederikse. (Anat. Anz. Bd. 50. S. 393. 1917.)

Fr. gelang es mit Hilfe verschiedener Methoden bzw. Modifikationen älterer Verfahren, den bisher nicht mit Sicherheit festgestellten Nachweis des *direkten Zusammenhangs zwischen Mitochondrien und Bindegewebsfibrillen* zu erbringen. Besonders deutlich gelang der Nachweis bei Bindegewebszellen von Tritonlarven, weniger klar bei Hühnerembryonen. Die soeben entstandene Fibrille ist dabei dünner als das Mitochondrium, mit dem sie in Verbindung steht, und aus dem sie hervorgeht. Sobotta (Königsberg).

340. **Torus temporalis und Zona falciformis;** von W. von Waldeyer-Hartz. (Arch. f. Anat. u. Phys. [anat. Abt.] 1917. S. 17.)

v. W. bezeichnet mit dem Namen „*Torus temporalis*“ die wulstförmige Erhebung des Schläfenbeins im Bereiche zwischen den beiden Schläfenlinien (Linea temporalis superior und Linea temporalis inferior). Nachdem zuerst v. W. diese Bildung beobachtet hatte, ist sie kürzlich auch an dem von Froriep aufgefundenen Schädel Schillers beschrieben worden. v. W. dehnt nun seine Untersuchungen über das Vorkommen eines Torus temporalis auch auf die Affen, besonders auch die niederen Affenarten aus. Die wulstförmige Erhebung des sichelförmigen Feldes des Torus temporalis zwischen beiden Schläfenlinien zeichnet sich gegenüber den Nachbarpartien des Knochens durch auffällige Glätte und glänzende Beschaffenheit aus. Nicht selten ist der Torus auch nur partiell entwickelt, und zwar dann fast immer entweder im vorderen oder dem hinteren Bereiche des interlinearen Feldes. Nicht zu verwechseln mit der eigentlichen Torusbildung sind die Verstärkungen der Schläfenlinien selbst, namentlich die der unteren, ein Verhalten, das auch mit dem Vorkommen eines echten Torus temporalis vergesellschaftet sein kann.

Auch wenn kein eigentlicher Torus vorhanden ist, zeigt das interlineare Schläfenfeld die gleiche glatte Beschaffenheit wie der echte Torus; v. W. schlägt für seine Bezeichnung den Namen „*Zona falciformis*“ oder Falx temporalis vor, entsprechend seiner Gestalt. Das Feld erreicht nach hinten zu seine größte Breite (etwa die des Mittelfingers des Erwachsenen) und geht dann in den von v. W. so benannten Sucus supramastoideus über. v. W. berichtet dann ferner über einige Besonderheiten der Zona falciformis und der Schläfenlinien, besonders ihr Verhalten an der Stelle der Nähte. Hier kommt es nicht selten zu einer Abbiegung einer oder beider Schläfenlinien und der ganzen Zona falciformis. Ganz besonders gilt das von der Kranznaht. Auch entwicklungsgeschichtlich tritt die Zona falciformis früher auf als die Schläfenlinien selbst (bereits im dritten Lebensjahr). Dagegen konnte v. W. ebensowenig über die Ursachen der Bildung einer Zona falciformis oder eines Torus temporalis Auskunft geben wie frühere Autoren.

Was das Vorkommen eines Torus temporalis bei den Primaten anlangt, so ist dieser natürlich nur dann zu erwarten, wenn sich keine Crista temporalis ausbildet, wie das bei den meisten männlichen Affen der Fall ist. Es zeigte sich, daß der Torus ebensowenig selten bei Affen, auch (weiblichen) Anthropoiden ist als beim Menschen.

Zum Schluß streift v. W. die Frage der *Torusbildungen* am menschlichen Schädel überhaupt. v. W. unterscheidet Tori musculares, d. h. solche, die ihre Entstehung Muskelansätzen verdanken, von Tori suturarum, d. h. solchen Wulstbildungen, die sich an Nahtstellen entwickeln (Torus frontalis, sagittalis, coronalis, lambdoideus und squamosus). Der Torus temporalis gehört zu den Tori musculares. Bei Affen kommen ebenso wie beim Menschen auch Tori suturarum vor. Sobotta (Königsberg).

341. **Zur Morphologie des menschlichen Daumens;** von W. Lustig. (Arch. f. Anat. u. Phys. [anat. Abt.] 1917. S. 49.)

L. erörtert im Anschluß an eine Beobachtung eines sehr eigenartigen Falles von erblicher Mißbildung des *Daumens* die Frage der *Morphologie* dieses Fingers. Es handelte sich um ein 12jähriges Mädchen mit ulnarwärts verkrümmten Daumen. Die Ursache dieser Stellungsanomalie war die Einschaltung eines dreieckigen Knochenstücks zwischen die beiden Phalangen von der Radialseite her, das als rudimentäres Mittelphalanx zu deuten ist. Der Großvater mütterlicherseits zeigte genau die gleiche Anomalie, und zwar ebenfalls beiderseitig. Noch ein weiteres Mitglied der Familie besaß wenigstens einseitig die gleiche Abweichung vom Normalen in etwas schwächerer Form.

L. weist bei der Deutung der von ihm erhobenen interessanten Befunde auf die drei bisher geäußerten Theorien der Morphologie des Daumens hin:

1. Die *Koaleszenzhypothese* von Krause. Nach dieser besteht der Metakarpalknochen des erwachsenen Daumens aus zwei Bestandteilen, nämlich dem (rudimentär gewordenen) eigentlichen Metakarpalknochen und der ersten Phalanx, und zwar der Art, daß letztere im Mittelstück und in der distalen Epiphyse zu suchen ist, während die proximale Epiphyse den Rest des Metakarpalknochens darstellt.

2. Die *Galensche Hypothese*. Nach dieser ist der sog. Metakarpalknochen des Daumens eigentlich seine Grundphalanx, ein echter Metakarpalknochen soll fehlen. In der Modifikation von Graefenberg faßt diese Hypothese das Os multangulum majus als rudimentären Metakarpalknochen auf.

3. Die Assimilationshypothese von Pfitzner. Nach dieser besteht die Endphalanx des Daumens aus den miteinander verschmolzenen beiden distalen Phalangen.

Diesen 3 Hypothesen setzt L. seine *eigene Assimilations-Fusionshypothese* gegenüber, d. h. L. stimmt darin mit Pfitzner überein, daß er die Endphalanx des Daumens aus den beiden distalen Phalangen entstehen läßt. Dagegen faßt L. den Metakarpalknochen des Daumens nicht als reinen Mittelhandknochen auf, sondern hält nur das Mittelstück und die distale Epiphyse für den eigentlichen Metakarpalknochen, die proximale Epiphyse sieht er dagegen als Karpalknochen an.

L. führt die Gründe an, die seiner Auffassung günstig sind. Sobotta (Königsberg).

342. Das Breitenwachstum des Oberkiefers, der Vomer und die Crista septi; von R. Landsberger. (Arch. f. Anat. u. Phys. [anat. Abt.] 1917. S. 150.)

L. suchte zum Teil auf experimentellem Wege (Entfernung der Zahnkeime der einen Seite beim neuborenen Hunde) die Frage des *Breitenwachstums des Oberkiefers* zu lösen. L. kam bei seinen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: Das Breitenwachstum des Oberkiefers wird durch die Entwicklung der Zähne und durch die des Vomer gefördert. Es kann eine mangelhafte oder von der Norm abweichende Entwicklung beider oder der einen von beiden Kräften das Breitenwachstum des Oberkiefers vorübergehend oder dauernd beeinträchtigen.

Durch verlangsamtes oder behindertes Breitenwachstum des Oberkiefers kann es zur Bildung einer Knochenbrücke zwischen der seitlichen Nasenwand und dem Septum kommen; diese Knochenbrücke wird durch das Breitenwachstum derjenigen Seite, an der die Knochenbrücke ihren Sitz hat, wieder gelöst.

Als ein Knochenrest einer solchen gelösten Knochenbrücke ist die *Crista septi* aufzufassen. Ist eine solche gleichzeitig mit einer Deviation des Septums vorhanden, so kann die Annahme gemacht werden, daß diese Deviation dadurch zustande gekommen ist, daß das Breitenwachstum der einen Seite durch die vorhandene Knochenbrücke verhindert worden ist, während auf der anderen Seite das Breitenwachstum unbehindert vor sich gehen konnte. Der Vomer, der nach dieser Seite gezogen wurde, mußte sich daher in schiefer Richtung entwickeln. Sobotta (Königsberg).

343. Der Entwicklungszyklus von Dibotriozephalus latus L.; von C. Janicki und F. Rosen. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. S. 1505.)

Da die Fische der Gattungen Trutta, Esox, Perca, Lota, die die Finnen des Botriozephalus beherbergen, gegen eine Infektion mit Flimmerembryonen des Botriozephalus immun sind, muß noch ein erster Zwischenwirt angenommen werden. Als solcher wurde Cyclops strenuus und Diaptomus gracilis nachgewiesen. Nachdem der aus dem Ei entstandene Flimmerembryo in diese Copepoden eingedrungen ist, verliert er seine Embryonalhülle; die bewegliche Vucosphaera durchbohrt die Darmwandung und entwickelt sich in der freien Leibeshöhle zu einer Larve von 0,5—0,6 mm. Diese Larven, Procercoide genannt, gelangen mit ihren Wirten in den Magen der Fische, die den zweiten Zwischenwirt darstellen. Durch die Verdauung werden die Procercoide im Magen frei und machen in der Muskularis des Magens ihre weitere Entwicklung durch. Vom Magen aus gelangen sie in die Leibeshöhle und Körpermuskulatur, wo sie die als Plerocercoide beschriebenen Gebilde darstellen. Von hier aus infiziert sich der Mensch.

Koenigsfeld (Freiburg).

III. Mikrobiologie und Serologie.

344. Über ein Toxin des aus Gasbrandfällen isolierten Bacillus oedematis maligni; von M. Ficker. (Med. Klin. 1917. S. 1181.)

Filtrate von Stämmen des malignen Ödems, die aus Gasbrandfällen isoliert wurden, enthielten ein im Tierversuch wirksames Toxin. Ein mit Ödemstämmen vorbehandeltes Pferd wies in seinem Serum ein dagegen gerichtetes spezifisches Antitoxin auf.

Koenigsfeld (Freiburg).

345. Zur bakteriologischen Diphtheriediagnose; von Baumgärtel. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 10. S. 270.)

B. beobachtete ein auf Verunreinigung eines zur Rachenabimpfung benutzten Wattebausches zurückzuführendes Bakterium, welches mit den Diphtheriebazillen die Fähigkeit ausgeprägter Polkörperchenentwicklung gemein hat und damit bei alleiniger Anfertigung des Neisserpräparates die Möglichkeit der Vortäuschung von Diphtheriebazillen bietet. Das Bakterium unterscheidet sich jedoch von den bekannten Bakterien der Diphtheriegruppe durch Eigenbewegung, das Fehlen der Gramfärbbarkeit und des Gas- und Säurebildungsvermögens aus Kohlehydraten.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

346. Anaërobisch wachsende Darmbakterien und ihre Beziehungen in den „ruhr"-artigen Erkrankungen; von W. Kulka. (Med. Klin. 1917. Nr. 40. S. 1269.)

Die Beobachtungen ergaben eine erhöhte ursächliche Bedeutung für die Beteiligung der anaërob wachsenden Keime der Darmflora. Cordes (Berlin).

347. Der antagonistische Index der Kolibazillen; von H. Langer. (D. med. Woch. 1917. S. 1317.)

Die von Nissle gefundenen Unterschiede in der Überwucherungsfähigkeit der einzelnen Kolirassen gegenüber anderen Keimen erklären sich aus Verschiedenheiten der Wachstumsintensität. Jeder Rasse kommt eine durchaus konstante Wachstumsintensität zu. Darin liegt ein wichtiger Grund, daß gelegentlich bei durchaus erprobten Methoden der Nachweis der Infektionserreger in den Fäzes dauernd mißlingt, während er in anderen Fällen ohne weiteres möglich ist. Denn in einem Organismus, der einen „starken" Kolistamm beherbergt, treten infolge intensiver Vermehrung desselben die Infektionserreger zahlenmäßig zurück, so daß, da der Erfolg der Nachweismethoden durchaus von dem relativen Zahlenverhältnis abhängt, die Infektionserreger verdeckt werden.

Es kann der Überwucherungsfähigkeit bestimmter Kolirassen ein gewisser Wert für die tatsächliche Verdrängung pathogener Keime im Organismus zugesprochen werden, sofern die Ansiedlung der konkurrierenden Bakterien im gleichen Darmabschnitt erfolgt, z. B. Dysenterie. Aus gleichen Gründen bleibt der Erfolg bei Behandlung von Typhusbazillenträgern aus; hier wird eine vorübergehende Verdrängung der Typhusbazillen nur durch Verschleierung in den Nach-

weismethoden vorgetäuscht. Sobald die Überschwemmung des Darmrohrs mit den künstlich eingebrachten Kolibazillen starker Wachstumsintensität ausgesetzt wird, zeigt sich die ungeschwächte Ausscheidung der Typhusbazillen von neuem.

Koenigsfeld (Freiburg).

348. **Zur serologischen Diagnose des Fleckfiebers;** von J. Schürer und W. Stern. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 27. S. 886.)

Die Agglutination mit der Proteuskultur X 19 ist bis zu Verdünnungen des Serums auf 1 : 50 für Fleckfieber spezifisch. An Stelle einer lebenden Kultur kann man zweckmäßig eine in 1proz. Formalin abgetötete Bakterienaufschwemmung zur Agglutination verwenden. Latente und abortiv verlaufende Fälle von Fleckfieber kommen anscheinend nicht vor, denn alle hierauf verdächtigen Fälle ergaben eine negative Weil-Felixsche Reaktion. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

349. **Zur klinischen Fleckfieberdiagnose und der Serumdiagnose nach Weil-Felix;** von W. Berger. (Med. Klin. 1917. Nr. 33. S. 884.)

Genaue Darlegung der einzelnen klinischen Symptome. Bewertung der Weil-Felix-Serumdiagnose, der für Fleckfieber den Wert der Gruber-Widal-Reaktion für Typhus zugeschrieben wird. Cordes (Berlin).

350. **Eine neue Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion;** von M. Mandelbaum. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 294.)

Eine Modifizierung der Seruminaktivierung bei der Wassermannschen Reaktion zum Zwecke der Vermeidung der häufigen Eigenhemmung: man inaktiviert nicht in konzentrierter Form das Serum bei 56°, sondern in einer Mischung von 0,5 ccm Serum + 2 ccm physiologischer Kochsalzlösung $^1/_2$ Stunde lang bei 56°. 0,5 ccm dieser Mischung enthalten dann 0,1 ccm konzentriertes Serum. Hierzu wie üblich Zusatz von Extrakt + Meerschweinchenkomplement, diese Mischung bleibt 1 Stunde bei 37°, sodann Zusatz der üblichen Menge sensibilisierter roter Hammelblutkörperchen. Resultat nach 1 Stunde. Durch das vorherige Verdünnen des Serums mit physiologischer ClNa und durch das nachherige Inaktivieren bei 56° werden Eigenhemmungen so gut wie ausgeschaltet und die Reaktionsbreite für Wassermann vergrößert. Die Seren sollen kurz nach der Gewinnung verarbeitet werden (höchstens 24 Stunden im Eisschrank).

Riecke (Göttingen).

IV. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

351. **Die histiologische Struktur ausgeschnittener Narben peripherer Nerven;** von O. Stracker. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 4 u. 5. S. 640.)

Die Aufgabe bestand in Durchforschung des ausgeschnittenen Narbengewebes nach normalen und neugebildeten Nervenfasern und Klarstellung des Verhältnisses der vorhandenen Bindegewebsmasse der Narbe zu den Reparationserscheinungen. Eine umständliche mühevolle histiologische Technik wurde zu dieser Kleinarbeit notwendig, die jedoch zu wertvollen praktischen Schlüssen führte. Die Wiederherstellung der Leitung hängt von den Schwannschen Zellzügen und den eingelagerten Fibrillen ab; die ausgewachsenen Neurofibrillen bedürfen der Scheidenzellen (Edinger). Die Gewebeuntersuchung geschah unter Festlegung der Verletzungsstelle und Datum, der neurologischen Untersuchung und des Operationsbefundes. Die für die jetzige Zeit eminent wichtige Frage des Operationszeitpunktes wird dahin entschieden, daß völlige oder fast völlige Durchtrennungen möglichst früh nach der Wundheilung operiert werden müssen. Kurze Narben und Durchtrennungen geringfügigen Grades sind zu belassen. Die Restitution der Motilität des Muskels scheint eine Beziehung zu der Entfernung vom Rückenmark zu haben, so daß im allgemeinen die Wahrscheinlichkeit des Mißerfolges mit der Entfernung der Muskel vom Innervationszentrum zunimmt (N. radialis und N. peroneus). von Noorden (Bad Homburg).

352. **Beitrag zur Kenntnis der Osteochondritis dissecans;** von W. Neumann. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 230.)

Diese von König beschriebene Knorpel-Knochenkrankheit ist durch die Röntgenbeihilfe klarer geworden.

Die Anfangsstadien dieser eigenartigen selbständigen Gelenkerkrankung bringen rheumatische Symptome hervor, bis endlich ein freier Gelenkkörper gewissermaßen in das Gelenk hineingeboren wird. Die Röntgenbilder vermögen das Werden der freien Körper, der späteren Gelenkmäuse, nachzuweisen. Mehrere Figuren zeigen dies deutlich. (Man wird an das Naherücken eines tuberkulösen Knochenherdes in die Knorpelfläche erinnert.)

von Noorden (Bad Homburg).

353. **Über die Natur der Blutzellengranula;** von C. Kreibich. (Wien klin. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1511.)

Unter Anwendung einer komplizierten Färbetechnik (vgl. Original) versuchte Kr. festzustellen, ob zwischen dem Kern- (Chromatin) und den als echte Granula aufzufassenden Gebilden eine Verbindung besteht. Als Untersuchungsobjekte dienten Leukozyten, insbesondere weiße Blutzellen eines Falles von myeloider Leukämie. Die Granula sind vielfach durch feine Fäden miteinander verbunden. Es wurde versucht festzustellen, ob das Netz der Fäden protoplasmatischer Natur ist. Nach weiteren speziellen Forschungen gelangte Kr. zu der Auffassung, daß die Granulabildung in den weißen Blutzellen dadurch zustande kommt, daß Kernsubstanz den Kern verläßt und sich dabei an bestimmte Bahnen (kariogene Fasern) hält.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

354. **Die Beeinflussung des Wachstums der Geschwülste durch Veränderung ihrer Blutmenge;** von A. Theilhaber. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1518.)

Karzinome entstehen auf anämischem Boden, Myome auf hyperämischem. Lokale Hyperämie hemmt Karzinome im Wachstum und kann nach Operationen Rezidive verhüten. Die hyperämisierende Wirkung der Röntgenstrahlen ist nicht ohne Bedeutung. Die Zahl der Rezidive nach Krebsoperationen konnte Th. dadurch einschränken, daß er neben der Röntgenbehandlung in periodischen Intervallen die Hyperämisierung des Operationsgebietes ausführte. Angewandt wurde zu diesem Zweck die Saugmethode, Heißluftbehandlung und besonders die Diathermie.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

355. **Dauernde erhebliche Blutdrucksteigerung als Frühsymptom einer Gehirn-**

arteriosklerose; von Riebold. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1390.)

Eine konstante erhebliche Blutdrucksteigerung muß durchaus nicht als pathognomisch für eine bestehende chronische Nephritis angesprochen werden. Es kann sich um eine beginnende Arteriosklerose der der basalen Hirngefäße handeln, die durch Reizung des Vasomotorenzentrums eine erhebliche Drucksteigerung unterhalten kann. Nicht allzuselten ist also die konstante erhebliche Blutdrucksteigerung ein Frühsymptom der Gehirnarteriosklerose. Cordes (Berlin).

356. **Ein neuer Symptomenkomplex der Hypophysis cerebri;** von Fließ. (Med. Klin. 1917. Nr. 36. S. 966.)

Kreuzschmerzen, Hinterhauptschmerzen, Müdigkeit, die bei einer Mutter und bei deren Tochter immer bestanden, wichen auf Hypophysisfütterung. Es bestand auch mangelhafte Konzentrationsfähigkeit und die Symptome zeigten wechselnde Steigerung. Fl. gibt für seine Darstellung Fälle als Belege und spricht von einer Hypophysisinsuffizienz. Es handelt sich hauptsächlich um Erscheinungen bei Frauen, die sich an die Schwangerschaft, Menses anschließen.

Cordes (Berlin).

357. **Zur Pathologie der herzbeschleunigenden Nerven (Tachykardie, Blutdruck, expiratorische Dyspnöe);** von J. Pal. (Med. Klin. 1917. Nr. 38. S. 1010.)

Es gibt tachykardische Anfälle bei Lungentuberkulose, bei Pneumonie im Oberlappen und bei Neubildungen mit Metastasen, die durch mechanische Reizung der Nervi accelerantes entstehen.

Das gleichzeitige Schlagen von Vorhof und Kammer bei diesen Anfällen führt zu ungünstiger Blutverteilung. Wird der Sympathikus in den obersten Dorsalsegmenten mitgereizt, so entsteht expiratorische Dyspnöe, die dem Asthma bronchiale gleicht.

Cordes (Berlin).

358. **Anatomische Untersuchungen über die Häufigkeit der Tuberkulose;** von Reinhart. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 36.)

Die Untersuchungen ergaben, daß ein großer Teil der Menschen einmal Tuberkulose aquiriert hat, aber ihrer Herr geworden ist. Ob die Infektion immer schon vor dem 20. Jahr erfolgt und dann schon zu anatomischen Läsionen führt, erscheint zweifelhaft. Da das Material von Krankenhäusern gewonnen wurde, dürfen die Resultate nicht ohne weiteres auf die Allgemeinheit übertragen werden. Neue und sichere Ergebnisse sind von den Untersuchungen zu erwarten, die zur Zeit an Leichen von Kriegsteilnehmern in allen kriegführenden Ländern ausgeführt werden.

Fränkel (Heidelberg).

359. **Ist die Wärmebildung bei Diabetes mellitus krankhaft gesteigert?** von W. Falta. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 3—5.)

Selbst schwere Fälle von Diabetes mellitus mit reichlicher Zucker- und Ketonkörperausscheidung zeigen keine krankhafte Steigerung der Wärmebildung. Bei Fällen, bei denen die Ruhenüchternwerte auffallend hoch sind, ist jedenfalls die eiweißreiche Nahrung die Ursache. Stoffwechselversuche ergaben, daß bei zweckmäßiger Ernährung der Eiweiß- und Kalorienbedarf schwerer Diabetiker nicht erhöht ist. Bei unzweckmäßiger Diät (viel KH und Eiweiß, wenig Fett) findet eine Steigerung der Eiweißzersetzung statt und damit auch der Wärmebildung, die aber exogen bedingt ist.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

360. **Vorläufige Mitteilung über Sektionsbefunde bei Icterus epidemicus;** von L. Urizio. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1447.)

Es handelte sich um zwei zur Sektion gekommene Fälle. Bei dem einen fand sich histologisch das Bild der akuten gelben Leberatrophie, bei dem anderen neben dem Schwund des spezifischen Parenchyms bereits Regenerationsvorgänge. Keine Spirochäten in Leberpräparaten. In der Milz, in der Mitte der Follikel fielen einzelne Nester großer hellkörniger, protoplasmareicher Zellen auf (vergrößerte und vermehrte Retikulumzellen). In beiden Fällen fanden sich Blutungen in verschiedenen Organen und in serösen Häuten (toxische Gefäßschädigung). Vom Zökum bis zum Rektum wurden zahlreiche kleine punktförmige Geschwürsbildungen festgestellt.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

V. Kinderheilkunde.

361. **Über das familiäre Vorkommen von Icterus neonatorum gravis;** von Ylppö. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 98.)

Y. berichtet über eine Familie, in der 5 Kinder unter den Erscheinungen eines intensiven Ikterus in den ersten Tagen nach der Geburt gestorben sind.

Cordes (Berlin).

362. **Fett und Kohlehydrat in der Säuglingsernährung. Ihre Wirkung auf die Ammoniakausscheidung gesunder und rachitischer Kinder;** von A. Niemann. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. H. 3. S. 210.)

Eingehende Stoffwechseluntersuchungen, die als praktisches Resultat die Forderung enthalten, daß die wichtigste Aufgabe der künstlichen Ernährung ist, stets das richtige Gleichgewicht zwischen den einzelnen Nahrungsstoffen, besonders aber den Energiespendern herzustellen. Cordes (Berlin).

363. **Über die Verwendung von Vollmehl in der Säuglingsernährung und über das Vollbrot im allgemeinen;** von E. Feer. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 52. S. 1777.)

Aus den Beobachtungen F.s geht hervor, daß Säuglinge, welche Feinmehl vertragen, in gleicher Weise das schweizerische zu 87% ausgemahlene Vollmehl vertragen. Nach den von Tanaka in der Züricher Kinderklinik vorgenommenen Analysen hat das Vollmehl einen größeren Asche-, Zellulose- und Phosphorgehalt als das Feinmehl. Im Anschluß daran setzt F. die Vorteile des Vollbrots und des Finalmehls nach Finkler auseinander. Brückner (Dresden).

364. **Zur Diagnose subarachnoidealer Blutungen bei Neugeborenen;** von Bernheim-Karrer. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. S. 308. 1917.)

Blutig gefärbter Liquor ist ein sicheres Zeichen der meningealen oder subarachnoidealen Blutung. Irrtümer können entstehen durch die beim Neugeborenen besonders leicht eintretenden Einstichblutungen. Der Befund von phagozytierten roten Blutkörperchen spricht gegen letztere. Brückner (Dresden).

365. **Meningealblutung und eitrige Meningitis im frühen Säuglingsalter;** von G. Lindenberg. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 5. S. 363.)

L. vertritt die Auffassung, daß die eitrige Meningitis im frühen Säuglingsalter sich häufig auf dem Boden einer meningealen Blutung entwickelt und belegt sie mit Fällen eigener Beobachtung.
Cordes (Berlin).

366. **Die Diagnose der primären Nasendiphtherie und der Hautdiphtherie im Säuglingsalter;** von L. Laudé. (Berl. klin Woch. 1917. Nr. 51. S. 1215.)

Nach Erfahrungen L.s ist die Hautdiphtherie keine seltene Erkrankung. Sie spielt indes bei der Verbreitung der Diphtherie eine verhängnisvolle Rolle. Häufige Rezidive. Die Prognose ist günstig. Prophylaktisch wichtig ist die frühzeitige Diagnose.
Cordes (Berlin).

367. **Über das Verhalten der Hämoglobinkurve beim Scharlach;** von E. Schiff. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. H. 5. S. 1917.)

Sch. berichtet über fortlaufende Hämoglobinbestimmungen an 20 Scharlachkranken. Es ergab sich, daß in den ersten Krankheitstagen oft ein erheblicher Abfall des Hämoglobingehaltes eintritt, der weder zur Intensität des Ausschlags noch zur Schwere des Krankheitsbildes in Beziehungen steht. Der Grad des initialen Abfalls der Hämoglobinkurve scheint durch Mischinfektionen beeinflußt zu werden. Die Nephritis verursacht einen steileren Abfall der Hämoglobinkurve. Die übrigen meist mit Eiterung einhergehenden Komplikationen verzögern die Hämoglobinregeneration. Dies ist eine Wirkung des begleitenden Fiebers. Mitteilung von Krankengeschichten und Hämoglobintabellen.
Brückner (Dresden).

368. **Weitere Erfahrungen zur Schutzimpfung gegen Windpocken;** von E. Gyr. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. H. 5. S. 310. 1917.)

Kling hat behauptet, daß es möglich sei, Säuglinge durch Impfung mit dem Inhalt einer Windpockenblase zu schützen. Handrick hatte bei 127 Impfungen 35% Mißerfolge, was Kling auf verschiedene Technik zurückführt. G. hat 147 Kinder genau nach Klings Vorschrift geimpft. Von ihnen zeigten nur 17 innerhalb der nächsten 8—14 Tage ein oder mehrere Bläschen an der Impfstelle. Der zur Verfügung stehende Impfstoff war vielleicht für die Anzahl der Kinder zu gering. Jedenfalls leistet die Haut der Einimpfung einen gewissen Widerstand. Sie ist daher wohl kaum die Eintrittspforte der Infektion, die eher in den Schleimhäuten zu suchen ist. Von 89 ohne örtlichen Erfolg Geimpften erkrankten 9 = 10%, von 17 mit Lokalreaktion Geimpften 2 = 12%, von 33 gar nicht Geimpften 9 = 27%.
Brückner (Dresden).

369. **Der Kalk und Phosphorsäurestoffwechsel bei einem Fall von Rachitis tarda;** von B. Ricklin. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 5. S. 373.)

Untersuchungen an einem $14^3/_4$ Jahre alten Knaben. Verbesserte Kalzium- und Phosphorbilanz bei Phosphorlebertran, noch deutlicher bei Calc. phosphor. tribas. Lebertran-Darreichung. Auch im Röntgenbild Besserung des Knochenbefunds. Cordes (Berlin).

VI. Chirurgie.

370. **Rasche und blutsparende Ausführung der Thorakoplastik;** von F. Harnel. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 39. S. 883.)

H. geht seit Jahren in gleicher Weise vor, wie Wilms angegeben hat. Er bedient sich dabei der Stilleschen Gipsschere, deren Wirkungsweise im wesentlichen auf denselben Bedingungen beruht, wie die des Wilmsschen Instrumentes, und die ebenfalls eine große, quetschende, allerdings weniger schneidende Kraft ausübt. Die Durchtrennung der Brustwand, der Rippen- und Weichteile zusammen, nach Ablösung des Haut- oder Hautmuskellappens, unter Umständen auch nach Abschiebung der Pleuraschwarte, wenn sie nach Melchior zur Ausfüllung der Kuppe der Empyemhöhle verwendet werden soll, gelingt vermittels der mit starker Hebelwirkung arbeitenden Schere rasch und unter erheblicher Beschränkung der Blutung. Wagner (Leipzig).

371. **Zur Theorie und Technik der extrapleuralen Thorakoplastik;** von H. Kronberger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 299.)

Im Gegensatz zu den bisher üblichen Methoden, durch Resektion einer großen Anzahl *aufeinanderfolgender* Rippen einen möglichst ausgiebigen Lungenkollaps zu erzielen, schlägt Kr. die von ihm sogenannte *Thorakoplastik mit alternierender Resektion* vor. Er reseziert also 1—2 Rippen und läßt die dann folgende stehen, die nächste Rippe wird wieder reseziert usw. Trotzdem die Form des Thorax dadurch kaum verändert wird, glaubt Kr. auf Grund theoretischer Überlegungen sich gute Resultate von dieser Methode versprechen zu dürfen. Da er über klinische Erfolge noch nicht verfügt, dürfte ein abschließendes Urteil über diese neue Methode zum mindesten verfrüht sein. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

372. **Entfernung der Geschosse bei Lungensteckschüssen;** von Schulze-Berge. (Med. Klin. 1917. Nr. 9. S. 249.)

Im allgemeinen gilt es heutzutage als Regel, reaktionslos in der Lunge eingeheilte Geschosse in Ruhe zu lassen; auch wenn gewisse allgemeine und lokale Beschwerden dabei vorhanden sind, wird man sich konservativ verhalten. Auf Grund guter Resultate in 3 Fällen rät Sch.-B. nun zu aktiverem Vorgehen in solchen Fällen. Wenn man vorher genau den Sitz des Geschosses bestimmt (Durchleuchtung mit Orthodiagraphen, Tiefenbestimmung) und in Überdrucknarkose aseptisch operiert, sind die Gefahren des Eingriffs zwar keine so sehr großen, wir möchten jedoch raten, die Operation nur für besondere Ausnahmefälle vorzubehalten und vor allzu aktivem Vorgehen warnen.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

373. **Ein Beitrag zur Pneumothoraxbehandlung gefahrdrohender Blutungen;** von Fr. Windrath. (Med. Klin. 1917. Nr. 3. S. 69.)

Bei gefahrdrohender Hämoptöe ist der künstliche Pneumothorax das idealste Mittel zur Ruhigstellung der Lunge und zur Sistierung der Blutung. Bei Verwachsungen bestehen naturgemäß erhebliche Schwierigkeiten bei der Anlegung des Pneumothorax; gelingt es jedoch gerade im erkrankten Bezirk einen umschriebenen Lungenkollaps zu erzielen, so ist der Heileffekt — wie auch in dem Falle W.s — ein sehr günstiger. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

374. **Komplikationen bei Lungenschüssen, Ursachen des fieberhaften Hämothorax und der Empyembildung;** von J. Philipowicz. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 19. S. 585.)

Material von 530 Lungenschüssen. Besprechung der Komplikationen, die durch Verletzung anderer Organe des Thorax bedingt waren. Aseptisches Resorptionsfieber beim Hämothorax nach Schußverletzung kommt kaum vor. Fieber deutet meist auf eine intrapulmonale Entzündung oder Eiterung hin. Entzündlicher Erguß der Pleura täuscht manchmal eine Verzögerung der Resorption des Hämothorax vor. Mitverletzung einer Rippe führt meist zu Osteomyelitis. Intrapulmonale Herde sind nur röntgenologisch erkennbar. Die Therapie erfolgt nach allgemein-chirurgischen Prinzipien. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

---

375. **Totale Magenexstirpation;** von C Flechtenmacher jun. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 141. Nr. 5 u. 6. S. 398. 1917.)

Mitteilung eines von v. Haberer mit Erfolg operierten Falles. Der 49jährige Kranke war noch $1^1/_4$ Jahr nach der Operation vollkommen gesund. Die Indikation zur Totalresektion war gegeben durch das Einbezogensein der ganzen kleinen Kurvatur in den pathologischen Prozeß. Es handelte sich um ein aus einem kallösen Magengeschwür entstandenes Adenokarzinom. Wagner (Leipzig).

376. **Über reflektorische Bauchfellsymptome bei Kriegsverletzungen;** von Groth. (D. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 909.)

Bei einer Reihe von Schußverletzungen des Thorax mit Beteiligung der Pleura beobachtete Gr. eine mehr oder minder ausgesprochene reflektorische Bauchdeckenspannung, ohne daß eine Verletzung der Bauchhöhle vorlag; daß in solchen Fällen der Reiz von der Pleura — nach unserer Auffassung insbesondere von der Pleura diaphragmatica — ausgeht, ist wohl nicht zu bezweifeln. Eine überflüssig ausgeführte Laparotomie wäre naturgemäß bei solchen Verletzungen recht schädlich.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

377. **1. Bauchschüsse im Bewegungskriege;** von G. Schubert. (D. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 428.)

2. Bauchschüsse im Bewegungskriege; von W. Rübsamen. (D. med. Woch. 1917. Nr. 32. S. 1008.)

1. Die Behandlung der Bauchschüsse mit Darmverletzungen ist heute wohl allgemein eine chirurgische, und zwar eine möglichst baldige nach der Verletzung. Alles hängt von der frühzeitigen Operation ab; darum plädiert Schubert auch dafür, schon auf dem Hauptverbandsplatz die Bauchschüsse aktiv anzugreifen, da bis zum Transport ins Feldlazarett kostbare Zeit verloren geht. Und zwar gilt das nicht nur für den Stellungskrieg, sondern bei günstigen äußeren Umständen auch für den Bewegungskrieg. Die angeblich mit Erfolg konservativ behandelten Bauchschüsse sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gar keine penetrierenden Bauchschüsse, sondern Bauchstreifschüsse außerhalb der Peritonealhöhle.

2. Bei 3 Fällen von schweren Bauchschüssen (perforierende Dickdarmverletzung) lagerte Rübsamen den verletzten Darmteil vor die Bauchwunde und begnügte sich im übrigen mit einer sorgfältigen Reinigung der Bauchhöhle. Dieses mit Erfolg angewandte Verfahren eignet sich besonders für den Bewegungskrieg (Zeitmangel usw.) und sodann für schwere Fälle, denen man größere Eingriffe nicht mehr zumuten kann.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

378. **Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Bauchschüsse im Felde;** von H. Biedermann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 585.)

Kasuistische Beiträge, welche die allgemeine Erfahrung bestätigen, daß bei perforierenden Bauchschüssen die möglichst sofortige Laparotomie indiziert ist; natürlich wird man dabei zuweilen Leute operieren, bei denen sich hernach keine Darmverletzung vorfindet; in solchen Fällen pflegt der sachgemäß ausgeführte Eingriff keinen Schaden zu stiften.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

379. **Ein Beitrag zur Klinik und Pathologie des Mediastinalemphysems;** von W. Jehn. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. S. 398.)

Im Gegensatz zum Hautemphysem, das fast regelmäßig bei frischen Lungenverletzungen beobachtet wird, ist das Mediastinalemphysem recht selten, wohl aus dem Grunde, weil solche Fälle infolge schwerer Lungengefäßverletzung sofort zum Exitus kommen. J. konnte einen solchen Fall kurze Zeit klinisch beobachten; die Autopsie ergab, daß das Mediastinum durch enorme Luftansammlung auf Kindskopfgröße angeschwollen war. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

380. **Über Perforation des Meckelschen Divertikels;** von Stern. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. S. 343. 1917.)

Beschreibung zweier einschlägiger Fälle; gleichzeitig Literaturzusammenstellung. Die Perforation kommt fast stets im Anschluß an eine Divertikulitis zustande, die Entzündung wird durch infektiöse Prozesse mit oder ohne Fremdkörper verursacht; auch sollen peptische Geschwüre im mit Magenschleimhaut ausgekleideten Divertikel vorkommen.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

381. **Die Operation der Leistenhernie;** von Drüner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 648.)

Während die Bassinische Methode aus dem Musculus obliquus internus die Hinterwand des Leistenkanals bildet, benutzt Dr. hierzu die Aponeurose des Externus. Und zwar geht er in folgender Weise vor: Die Faszie des Externus wird am oberen Umfang des Leistenkanals gespalten und die Vorderwand — eben der untere Teil dieser Faszie — nach unten umgeklappt. Isolierung und Verlagerung des Bruchsackes unter möglichster Schonung des Samenstrangs; sodann Bildung der hinteren Kanalwand durch Annähen der Aponeurose des Externus an das Leistenband; schließlich Neubildung des Kanals durch Aufnähen der nach unten geklappten ehemaligen vorderen Kanalwand (unterster Teil der Aponeurose des Externus) auf die Aponeurose des Externus. Dadurch sind fast die normalen Verhältnisse wieder hergestellt. Großen Wert legt Dr. nun darauf, daß die vordere

Kanalwand in ihrem obersten Teil (am inneren Leistenring) möglichst straff gemacht wird (Verdoppelung der Naht), während dadurch gleichzeitig die hintere Wand entspannt wird. Dadurch soll dem Entstehen eines neuen Bruchs wirksam entgegengearbeitet werden. Mit diesem Verfahren hat Dr. seit einer Reihe von Jahren gute Erfolge erzielt.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

382. **Zur Technik der Leistenbruchoperationen**; von C. Heinemann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 518.)

H. beschreibt eine in der Türkei geübte Methode des Bruchpfortenverschlusses mit perkutanen Drahtnähten. Die Nähte werden durch die äußere Haut durchgestochen, gehen dann durch die Faszie des Obliqus externus und die Muskelschicht des Internus, um dann auf umgekehrtem Wege wieder durch die Haut durchgeführt zu werden. Die Drahtnähte werden auf einem Gazebausch geknotet und am 10. bzw. 14. Tage entfernt. Auf diese Weise sollen die Eiterungen vermieden werden, die nach Versenkung nicht resorbierbaren Materials immer dann und wann einmal wieder auftreten. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

---

383. **Beiträge zur Klinik der Zystennieren Erwachsener**; von H. Schüßler. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 1 u. 2. S. 51. 1918.)

Mitteilung von 4 Fällen aus der Kieler chirurgischen Klinik. Die polyzystische Degeneration der Nieren ist, wenn diagnostiziert, intern, und zwar wie eine Schrumpfniere zu behandeln. Die erst bei der Freilegung erkannte Zystenniere ist zu reponieren. Nur besondere Indikationen, wie profuse Hämaturien, Vereiterung, heftigste und dauernde Schmerzen und ausgesprochene Raumbeengung erlauben die Nephrektomie, falls die andere Niere noch nicht nachweisbar geschädigt ist. Bei erkrankter zweiter Niere ist die Nephrotomie der nur bei vitaler Indikation gestatteten Ektomie vorzuziehen. Alle Eingriffe sind unter tunlichster Vermeidung der Allgemeinnarkose vorzunehmen. Wagner (Leipzig).

384. **Uretermündungsanomalien, embryologische Voraussetzungen u. klinische Bedeutung**; von G. Pallin. (Nord. med. Ark. Bd. 50. Abt. 1. 3. S. 1. 1917.)

Atresie der Uretermündung, sowie eine abnorme Lage derselben, die meistens bei überzähligen Ureteren vorkommt, sind zufolge der außerordentlichen Seltenheit der Fälle und ihrer meistens schlechten Prognose von sehr geringem klinischen Interesse. Die kongenitale Stenose dagegen, die unter dem klinischen Bilde einer zystischen Dilatation des vesikalen Ureterendes auftritt, ist ein keineswegs unwichtiges Krankheitsbild, das gewöhnlich, und zwar in frühen Stadien mit Blasensymptomen, die lediglich mit dem Zystoskop entdeckt werden können. Nur äußerst selten tritt ein Prolaps der Zyste durch die Urethra auf. In späteren Stadien können bei diesen Uretermündungsstenosen, ebenso wie bei der äußerst seltenen Anomalie, wo sich zwei Ureteren aus derselben Niere unmittelbar vor der gemeinsamen Mündung in die Blase vereinigen, und der eine Ureter dabei verengert wird, Symptome von den oberen Harnwegen: Hydro- und Pyureter, Hydro- und Pyonephrose in den Vordergrund treten.

Wagner (Leipzig).

385. **Über das zystoskopische Bild der Blasenschleimhaut**; von E. Pflaumer. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 52. S. 1100.)

Die normale Blasenschleimhaut ist, wie sie sich bei eröffneter Blase zeigt, rot. Je nach dem Verhältnis zwischen Füllungszustand und anatomischer Kapazität weicht dieses Rot dem bei der Zystoskopie geläufigen Gelblichweiß; bestimmte Regionen, die nicht dehnungsfähigen Teilen der Blasenwand entsprechen, bleiben rot. Der anämisierende Einfluß der Blasenfüllung ist bei der Beurteilung des zystoskopischen Bildes zu berücksichtigen. Wagner (Leipzig).

386. **Klinische Erfahrungen über Kryptorchismus**; von G. Dardel. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 1 u. 2. S. 1. 1917.

Mitteilung aus der Berner Klinik über die in den letzten 25 Jahren auf diesem Gebiete gemachten Erfahrungen; sie betreffen 7 Kryptorchiden, 48 Monorchiden und 5 ektopische Hoden. Die Retentio testis bleibt, solange keine Komplikationen eintreten, fast immer symptomlos. Später stellen sich aber fast immer Komplikationen ein, die die Kranken früher oder später zum Arzt bringen. Die Komplikationen des mangelhaften Hodendeszensus sind häufig Hernien, seltener Hydrozelen und Torsionen des Samenstranges. Leistenhoden und Bauchhoden prädisponieren zu maligner Entartung. Die häufige Atrophie des retenierten Hodens wird wahrscheinlich verursacht durch eine mangelhafte Blutversorgung des Organs, sei es wegen der abnormen Lage der Gefäße, oder der abnormen Beweglichkeit. In der Bonner Klinik wurde in den letzten 25 Jahren nur 6mal die Kastration wegen Leistenhodens vorgenommen, und zwar 1mal wegen Karzinom, 1mal wegen Aplasia testis, 1mal behufs Radikaloperation einer großen begleitenden Hernie. Nur 3mal wurde sie ausgeführt wegen absoluter Kürze des Samenstranges bei starker Atrophie. In 7 Fällen wurde wegen des stark verkürzten Samenstranges eine Reposition ins Abdomen gemacht. Im übrigen wurde die Orchidopexie vorgenommen, der meist eine regelrechte Funikulolyse vorausgeschickt wurde. Die Operationsergebnisse waren meist sehr günstig. Wagner (Leipzig).

---

387. **Über die Technik und den Wert seitlicher Wirbelaufnahmen**; von J. Hammes. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 25. August 1917.)

Die Seitenaufnahme der Brust- und Lendenwirbelsäule ist für die Wirbeldiagnostik von großem Wert; für viele Erkrankungsprozesse ermöglicht sie einen tieferen Einblick als das dorsale Bild, manche Wirbelaffektionen sind nur durch sie röntgenologisch darstellbar. Durch sie gelingt eine genaue diagnostische Beurteilung der Wirbelkörper, der Zwischenwirbelscheiben, der Dornfortsätze und des Wirbelkanals, durch dessen Darstellung das Rückenmark komprimierende Prozesse erkannt werden können. Die umfassende Hauptindikation zu ihrer Anwendung ist ein negatives dorsales Röntgenogramm bei verdächtigem klinischen Befund. Kautz (Hamburg-Eppendorf).

388. **Kasuistischer Beitrag zur Spondylitis typhosa**; von A. Bittorf. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen Bd. 24. S. 545. Juni 1917.)

Das Röntgenbild ergab eine Abknickung des 4. Lendenwirbelquerfortsatzes mit Strukturveränderung in dem dem Querfortsatz anliegenden Abschnitt des Wirbels. Ätiologisch wurde eine typhöse Spondylitis im basalen Teile des Querfortsatzes bzw. im dazugehörigen anliegenden Teile des Wirbelkörpers angenommen. Durch Muskelzug war eine Abknickung ver-

ursacht, wodurch sich auch bei bestimmter Muskelbeanspruchung auftretende Schmerzen erklären ließen.
Kautz (Hamburg-Eppendorf).

389. **Über Spondylitis tuberculosa, Verlauf und Endresultat;** von H. Kleinmann. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 141. H. 5 u. 6. S. 319. 1917.)

Mitteilung aus der Kocherschen Klinik über 80 Fälle von Spondylitis tuberculosa. Bei 50 Fällen war ein genaues Endresultat festzustellen: 24 Kranke genasen vollkommen, 7 unvollkommen; 19 blieben ungeheilt. Die Prognose der Spondylitis wird durch Abszeßbildung absolut ungünstig gestaltet. Prognostisch die besten Resultate ergab die Extension mit der Glissonschen Schlinge und das Gipskorsett.
Wagner (Leipzig).

390. **Die Freilegung der Nerven und Gefäßstämme von Arm und Schulter nebst Bemerkungen über Aneurysmen;** von Drüner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 145.)

Dr. betont mit vollem Rechte die Schwierigkeiten der anatomischen Orientierung bei der Freilegung der Nervenstämme, besonders an den oberen Extremitäten. Für die Freilegung des Medianus, des oberen Radialis, sowie des Plexus hat Dr. besondere Schnittführungen angegeben, bei denen die kleineren abgehenden Äste geschont werden. Von Wichtigkeit ist auch, daß bei Aneurysmen dieser Gegenden die betreffenden Nerven und ihre Äste bei jener Methode nicht verletzt werden. Für das Studium der anatomischen Verhältnisse hat sich Dr. das Präparieren an unausgetragenen Föten bewährt, die unter Alkohol aufbewahrt und präpariert werden.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

391. **Die lineare Amputation und Nachbehandlung;** von Zondek. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 8. S. 177.)

Während im allgemeinen der zweizeitige Zirkel- und der Lappenschnitt die Methode der Wahl bei Amputationen sind, gibt es doch eine gewisse Zahl von Fällen, wo der alte *einzeitige* Zirkelschnitt angebracht ist. So bei besonders schweren Infektionen sowie in Fällen, wo es sich um eine möglichst rasche Amputation handelt und — wie so oft im Kriege — der Arzt nicht genügend chirurgisch geschult ist.

Um nun die meist hochgradige Retraktion der Weichteile, die zu erheblichen Nachamputationen später nötigt, zu verhüten, empfiehlt Z., einen Trikotschlauch mit Mastisol am Stumpf zu fixieren und daran eine Extension bis zu 10 Pfund anzubringen; dadurch lassen sich die Weichteile oft in überraschend weitem Umfang über den Knochenstumpf herüberziehen. — Unseres Wissens ist dies überaus einfache Verfahren schon von anderer Seite geübt worden; wir selbst haben gute Erfahrungen damit gemacht und können es nur empfehlen.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

392. **Über den mechanischen Wert der Stumpflänge;** von R. du Bois-Reymond. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 8. S. 179.)

Die Kraft, die nötig ist, um eine Arbeitsleistung mit einer Prothese auszuführen, wird ausgedrückt durch das Verhältnis Länge der Prothese : Länge des Stumpfes, wobei die Länge bis zum proximalen Gelenk zu messen ist. Hieraus erhellt ohne weiteres, daß der Kraftaufwand um so größer sein muß, je kürzer der Amputationsstumpf ist.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

393. **Zur Amputationsstumpfoperation nach Sauerbruch;** von W. Kausch. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 23. S. 498.)

In dieser vorläufigen Mitteilung beschreibt K. seine Technik, die von der Sauerbruchs abweicht, sowohl was die Bildung des Knochenstumpfes, wie die Bildung der Muskelwülste und Kanäle betrifft. Der Knochen wird grundsätzlich nicht verkürzt. An den belastungsfähigen Knochenstumpf stemmt sich die Prothese an; sie wird bei der Kontraktion der Muskelwülste gegen den Knochenstumpf gepreßt. Dadurch wird ein weit festerer Sitz der Prothese ermöglicht. Am Unterarm erzielt K. einen Knochenstumpf, der eine ausgezeichnete Rotation des Radius um die Ulna erlaubt; die genau auf die beiden vorspringenden Knochen aufgepaßte Prothese führt so eine ausgiebige und kräftige Pro- und Supination aus, wie das auch nicht entfernt eine andere Prothese zuläßt. Am Oberarm bohrt K. einen Kanal durch den Knochen und epithelisiert ihn mit Epidermis. Ein im Kanal liegender Metallstab dient einmal zur Anheftung der Prothese, wodurch der so lästige Schultergürtel überflüssig wird. Die Prothese aber wird durch diese Art der Befestigung auch gezwungen, jeder Rotation des Oberarmstumpfes zu folgen. Bei keiner anderen Methode ist dies möglich. Die durch die Muskelsubstanz angelegten Kanäle werden mit Tierschschen Transplantationen ausgekleidet. Ebenso werden auch die Muskelwülste, soweit die Haut nicht ausreicht, mit Transplantationen nach Tiersch bedeckt. K. stellt stets einen Beuger- und einen Streckwulst her, die er als solche, und zwar als Antagonisten benutzt. Er strebt an, die Bewegungen, die er durch die direkte Kraft der Muskulatur nicht erzielen kann, nach dem *Carnes*-Prinzip herbeizuführen; er sieht in der Kombination des *Sauerbruch*- mit dem *Carnes*-Prinzip zur Zeit die beste Lösung für die Frage der Armprothesen. Insbesondere gilt dies für die Oberarmamputierten. Die größten Schwierigkeiten bereitet die Herstellung der Prothese.
Wagner (Leipzig).

394. **Verhütung bzw. Behandlung des Brückencallus am Vorderarm;** von M. Hirsch (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 23. S. 500.)

Den Gedanken der Isolierung der beiden Vorderarmknochen und der partiellen Resektion des Lig. interosseum hat H. seit längerer Zeit erwogen und in einem Verfahren ausgeführt, das zum ersten Male zur Anwendung kam, nachdem seine technische Durchführbarkeit an der Leiche erprobt war. Es handelte sich um einen infizierten Schuß des rechten Unterarms durch Minenwerfer mit ausgedehnter Zertrümmerung des Radius im Bereiche des mittleren Drittels, Splitterung der Ulna und starken Lageabweichungen. Die von H. geübte Technik muß in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachgelesen werden. Das Endresultat der Frakturbehandlung war nicht befriedigend, da sich diesseits und jenseits des Isolierungsspaltes je eine kleine Knochenbrücke bildete und die Radiusfraktur noch nach 10 Wochen keine Neigung zur Konsolidierung zeigte. Die Ursache mag in der Schwere der Knochenverletzung und darin zu suchen sein, daß die Operation im Frühstadium vorgenommen wurde, wo das Ausmaß der Kallusbildung noch nicht zu übersehen war.
Wagner (Leipzig).

395. **Zur Fingerextension;** von R. Hirt. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 17. S. 355.)

Infolge der Schwierigkeit, am Finger, besonders bei gleichzeitig bestehenden Weichteilverletzungen, einen wirksam festhaftenden Zug anzubringen, hat H. eine Art Nagelextension der Fingerphalanx mittels

einer kräftigen, vernickelten Nadel ersonnen, die durch ein Scharniergelenk mit einem Bügel verbunden ist. In örtlicher Schmerzbetäubung wird die Nadel durch Weichteile, Phalanx und Nadel gebohrt; nach Schließen des Bügels wird an der Öse die Extension angebracht. Wagner (Leipzig).

396. **Die Extensionsbehandlung der Knochen- und Gelenkverletzungen der Finger;** von F. Kamniker. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. H. 3 u. 4. S. 182. 1917.)

Für die einfachen Brüche der distalen Hälfte der zweiten und solche der Endphalangen hat K. seit vielen Jahren die *Fingernagel-Extension* eingeführt, die sich ausgezeichnet bewährt hat. Hierbei wird das Nagelende an zwei korrespondierenden Stellen durchstochen und diese mittels zweier Seidenfäden an den Gummizug befestigt. Bei den schwer zu behandelnden Schußfrakturen der Phalangen, insbesondere deren Gelenke, hat K. die *Silberdrahtextension durch die Endphalangen mit Metallbügel* eingeführt. Die Vorteile dieser Drahtextension liegen 1. in der Einfachheit und raschen Ausführbarkeit; 2. in der Möglichkeit, jede Art der Wundbehandlung durchführen zu können, ohne daß die Extension im mindesten gestört wird; 3. in der sofort eintretenden Beschwerdefreiheit, indem eine andauernde Ruhigstellung, somit eine Verminderung des entzündlichen Reizes an der Frakturstelle und eine Entlastung der Fingergelenke erzielt wird; 4. in der auffallend raschen Reinigung und Heilung der Weichteilverletzung bzw. Fisteln infolge der Ruhigstellung und Entlastung; 5. in dem schönen Endresultate, in dem keine unförmige Kallusbildung und keine Verkrümmung zurückbleibt. Wagner (Leipzig).

397. **Die operative Behandlung schwerer Fingerverkrüppelungen infolge Sehnenverletzungen und -verwachsungen durch freie Transplantation von Sehnenscheidengewebe;** von Wollenberg. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 9. S. 207.)

Die Mobilisierung bzw. der plastische Ersatz verwachsener und verletzter Fingersehnen gehört zweifellos zu einem der schwierigsten Kapitel der Chirurgie, insofern, als die Resultate selbst bei noch so exakt ausgeführter Operation oft recht kümmerliche sind. W. hat nun ein neues Verfahren angegeben, um die Wiederverwachsung der mobilisierten Sehne zu verhüten, nämlich die Einbettung in frei transplantierte Sehnenscheide (von den Unterschenkelstrecksehnen). Der Vorteil dieser Methode liegt auf der Hand: erstens handelt es sich um ein zartes Transplantat, das im Gegensatz zu frei transplantiertem Fett in dem engen Zwischenraum zwischen Sehne und Haut Platz findet und zweitens stellt naturgemäß eine Sehnenscheide eine mehr physiologische Umhüllung einer Sehne dar, als Fettgewebe und andere Transplantate. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

398. **Eine neue osteoplastische Amputationsmethode des Oberschenkels;** von H. Krukenberg. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 26. S. 578.)

Allgemein anerkannt ist die Wichtigkeit der Deckung der Markhöhle zur Erzielung eines tragfähigen Amputationsstumpfes. Für den Oberschenkel ist die Grittische Amputation die am häufigsten geübte Methode. Es kommen nun Fälle vor, in denen die Kniescheibe zertrümmert oder wegen Mangel an Bedeckung zu einer Plastik nicht mehr brauchbar, aber an der Innenseite noch ausreichend Material zur Deckung des Stumpfes vorhanden ist. In solchen Fällen hat Kr. mit Vorteil den inneren Kondylus des Femurknochens erhalten und auf den Stumpf aufgesetzt und so einen ebenso tragfähigen Stumpf wie bei der Grittischen Methode erzielt. Wagner (Leipzig).

399. **Zur Blutleere bei Operationen an der unteren Extremität;** von H. Braun. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 27. S. 593.)

Um bei der Hüftexartikulation und anderen Operationen am oberen Ende des Oberschenkels das Abgleiten des abschnürenden Schlauches zu verhindern, hat Br. schon vor 25 Jahren folgendes Verfahren angewendet: Ein kräftiger, mindestens 10 cm langer Stahlnagel — jeder Kistennagel verrichtet seinen Dienst — wird 1—2 cm unterhalb der Trochanterspitze schräg nach innen unten, im stumpfen Winkel zur Längsachse des Femurschaftes eingeschlagen, bis er die Spongiosa durchbohrt hat und die Spitze in der medialen Kortikalis festsitzt. Der Oberschenkel wird dabei gestreckt oder adduziert, jedenfalls aber ohne Innen- oder Außenrotation gehalten. Das herausragende Nagelende wird mit etwas Mullbinde umwickelt, damit etwaige scharfe Metallkanten nicht den Schlauch verletzen können. Letzterer wird nun so umgelegt, daß er hinter den Nagel zu liegen kommt. Bei der Hüftexartikulation kann der Nagel im Femur stecken bleiben; bei anderen Operationen muß man ihn nach beendigter Operation mit einer starken Zange herausziehen. Wagner (Leipzig).

400. **Zur Behandlung schwerster Formen von Kniegelenksempyemen;** von H. Harttung. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 28. S. 624.)

Für die schwersten Formen von Kniegelenksempyemen, bei denen man mit ausgiebigen seitlichen Inzisionen und Dränage nach hinten nicht zum Ziele kommt, empfiehlt H. ein ähnliches Vorgehen, wie es kürzlich von Baum angegeben worden ist; nur fügt er noch die Resektion des inneren Kondylus des Femur an sowie die Exstirpation des medialen Meniskus. Beugt man jetzt das Gelenk, so liegt der hintere Rezessus frei. Das Verfahren eignet sich namentlich auch für die Fälle, wo es im Anschluß an Schußverletzungen des inneren Kondylus zu Empyem im Gelenk kommt. Wagner (Leipzig).

401. **Zur Eröffnung und Dränage der hinteren Kapseltasche bei Kniegelenkseiterungen;** von E. Payr. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 28. S. 617.)

Baum hat kürzlich unter Kritik der bisherigen Methoden der Freilegung des hinteren Kapselanteiles des Kniegelenks einen Weg beschrieben, der die Unzuträglichkeiten der bisher verfolgten vermeiden soll. P. hält es für seine Pflicht, im Interesse des von anderen und ihm für ungemein zweckmäßig und wirksam gefundenen Vorganges der Kniegelenkdränage nach hinten festzustellen, daß die Voraussetzungen, auf die Baum seine Kritik gründet, zum weitaus größten Teile nicht zutreffen. P. hat in seinen technischen Mitteilungen über die Dränage des Kniegelenks stets mit besonderem Nachdrucke darauf verwiesen, daß der Hauptvorteil der *seitlichen hinteren* Dränage darin zu suchen ist, daß man die großen Gefäße nicht einmal zu sehen bekommt, daß sie noch durch den ganzen medialen Gastroknemiuskopf gedeckt sind, daß auch ein länger liegendes, selbst starres Drain keine Usur verursachen wird. Ebenso ist eine Verletzung der Kniekehlengefäße während des Eingriffs, wenn man sich an die von P. gegebenen Regeln nur einigermaßen hält, ganz ausgeschlossen. Der tiefste

Punkt der hinteren Kapseltasche entspricht der höchsten Wölbung des medialen Kondylus; bis dahin wird die Kapsel quer gespalten. Ein ganz kurzes, dickes Drain genügt, es leitet den Eiter mindestens ebenso gut ab, wie ein langes, weit in den Gelenkraum eingeführtes. Die möglichst frühzeitige Ausführung der Dränage nach hinten ist in allen jenen Fällen, in denen die Gelenkeiterung im Stadium des Empyems nicht mehr zu beherrschen ist, in denen sich auch die hinteren Kapseltaschen mit Eiter füllen und der Übergang in das Stadium der Kapselphlegmone erfolgt, die Methode der Wahl. Mit ihrem bestmöglichen Sekretabfluß macht sie, rechtzeitig ausgeführt, die vordere breite Aufklappung des Kniegelenks überflüssig. In der Hauptsache unterscheidet sich Baums Vorgehen von dem P.s durch die Zufügung der Durchtrennung der medialen Beugersehnen. Auch P. hat sie bei schweren Fällen wiederholt gemacht; sie gewährt den Vorteil einer besseren Übersicht über die ganze mediale Kapseltasche.

Wagner (Leipzig).

402. **Behelfsprothese ohne Leder;** von J. Elsner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 25. S. 779.)

Von wie großer Bedeutung es ist, bei der immer mehr zunehmenden Lederknappheit brauchbare Prothesen ohne Leder herzustellen, liegt auf der Hand. Wenngleich auch bei einem großen Teil der jetzt gebräuchlichen Interimsprothesen kein Leder verwandt wird, so zeichnen sich doch die von Elsner konstruierten — soweit sich das nach den Abbildungen beurteilen läßt — durch eine recht hohe Vollkommenheit aus.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

VII. Gynäkologie und Geburtshilfe.

Gynäkologie.

403. **Kriegsfolgen auf gynäkologischem und geburtshilflichem Gebiete;** von O. von Franqué. (Würzb. Abh. Bd. 17. H. 11. S. 195. 1918.)

v. F. hält die Kriegsamenorrhöe für bedeutungslos, weil Gisecke in 34% seiner Fälle nach 4—18 Monaten die Periode wieder eintreten sah. Ein Einfluß der Ernährungsschwierigkeiten auf den Gesamtorganismus im Sinne einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit gegen Erkrankung und Operation konnte von v. F. nicht festgestellt werden, dagegen Zunahme der Vorfälle und der Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Gonorrhöe. Die Gefahr für die gebärende Frau sei durch die Kriegsumstände nicht vermehrt, auch die Stillfähigkeit habe nicht gelitten.

Klien (Leipzig).

404. **Gynäkologie 1916/17;** von A. Martin. (Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1917. Juliheft.)

Strahlentherapie gegen Gebärmutterkrebs, Myome und hämorrhagische Metropathie. Menstruation und Ovarialfunktion. Ovarialneubildungen. Aufbau und Erkrankungen der Tube. Uterus. Prolapsfragen, Scheide und Vulva, Harnwege. Genitaltuberkulose, Gonorrhöe. Künstliche Befruchtung beim Menschen. Operatives. Medikamentöse Behandlung. Narkose.

Klien (Leipzig).

405. **Beitrag zur Frage der Geburtsbeschränkung;** von O. Polano. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 567.)

P. stellte seine Untersuchungen an dem Würzburger poliklinischen Material an, 500 Ledige und Verheiratete bis 1. August 1914. 161 Frauen gebrauchten keine antikonzeptionellen Mittel, davon nur 5 ledig. 339 gebrauchten a. M., davon 28 ledig. Also 68% mit a. M. Am seltensten ist der Gebrauch der a. M. bei den Bauersfrauen, doch immerhin noch beinahe 50%; sehr viel häufiger wird er bei Handwerker- und Arbeiterfrauen, am häufigsten ist er bei den höher Gebildeten. Es ergab sich ferner, daß die Prävention in der Stadt viel öfter geübt wird als auf dem Lande, doch ist das Ausschlaggebende immer der Beruf, nicht der Wohnort. Bei katholischen Ehen fand die Geburtenbeschränkung durchschnittlich in 10% weniger häufig statt als bei protestantischen und gemischten Ehen. Die Zwei- und die Vierkinderehen zeigten eine besondere Steigerung des Gebrauchs antikonzeptioneller Mittel. In 84% der Fälle wurde der Coitus reservatus geübt, in 11% dazu Spülungen, Pulverbläser u. a. Der Coitus reservatus wird für eine geringere Sünde gehalten als der Kondom. In der Mehrzahl der Fälle mußte neben wirklichen sozialen Mißständen die Rücksicht auf den Körper und die Seele der Frau als Leitmotiv der Geburtenbeschränkung im Volke bezeichnet werden. — Auf Grund vorstehender Tatsachen ist P. der Überzeugung, daß ein Verbot antikonzeptioneller Mittel nichts zu leisten vermöge, da es nicht die in der Ehe am meisten geübte Methode der Prävention treffe. Nur die Geschlechtskrankheiten würden dadurch vermehrt werden. Der freie Wille zur Kindererzeugung müsse gestärkt werden.

Klien (Leipzig).

406. **Über eine neue Bestrahlung in der Gynäkologie;** von E. Engelhorn. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1481.)

Bei der bekannten günstigen Wirkung der Sonnenstrahlen auf die Wundheilung lag der Gedanke nahe, zur lokalen Bestrahlung der Portio-Erosionen sich des Sonnenlichtes zu bedienen. Zu dem Zwecke hat E. von den Zeißwerken in Jena einen Bestrahlungsapparat bauen lassen, der aus 3 Teilen besteht: dem Beleuchtungsapparat, dem Spekulumhalter und dem Beobachtungsspiegel. Die Bedienung des Apparates ist überaus einfach. Bestrahlungszeiten von 60 bis 120 Minuten in einer Sitzung wurden ohne Schädigungen vertragen. Als gewöhnliche Bestrahlungsdauer erschien 1 Stunde am zweckmäßigsten. Als Indikation zur Bestrahlung hat E. neben der Erosion der Portio aufgestellt: den Fluor albus, Ulcera decubitalia bei Prolaps, Vaginitis, Ausfluß nach vaginaler Röntgen- oder Mesothoriumbestrahlung. Es wurden von E. bisher über 100 Fälle bestrahlt. Von diesen ist bei 75 die Behandlung als abgeschlossen zu betrachten, und bei der Nachuntersuchung, die vor kurzem erfolgte, sind sämtlich als geheilt befunden worden. Seine bis jetzt gemachten Erfahrungen faßt er in folgende Worte zusammen: „Nie ausbleibender Erfolg, keine schädigenden Nebenwirkungen!“ Von den 10 beigefügten Photogrammen erläutern zwei den Apparat und die übrigen acht die Wirkung der Strahlen auf die Erosion.

Ebeler (Köln).

407. **Über menstruelles Nasenbluten und seine organotherapeutische Behandlung;** von H. Bob. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1455; Nr. 46. S. 1491.)

Unter genauer Darstellung einschlägiger Fälle und Darlegung der Wirkung des Corpus luteum bei den menstruellen und Graviditätsvorgängen im Körper

berichtet B. über günstige therapeutische Resultate mit Corpus luteum-Extrakt bei menstrueller Epistaxis, auf deren Ursachen er eingehend Bezug nimmt.
Cordes (Berlin).

408. **Die Behandlung der Amenorrhöe**; von F. Heimann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 34. S. 822.)

Zunächst Besprechung der verschiedenen Arten der Amenorrhöe. Die Therapie soll sowohl auf den Wiedereintritt der Blutung an sich hinzielen, wie die gestörte Ovarialfunktion zu beheben suchen (ältere und neuere Therapie). Bei Genitalhypo- und -aplasie sei jede Behandlung erfolglos. Die ältere Therapie der Amenorrhöe richtet sich auf eine Blutfluxion zu den inneren Genitalien: Moorbäder, heiße Spülungen, Heißlufttherapie; unsicher sind Medikamente, öfter war Eumenol wirksam. Zweitens wendet sich die ältere Therapie gegen bestehende Allgemeinerkrankungen, besonders die Chlorose: Eisen, Arsen, Stahlbäder. Lokal wenden manche Autoren den Intrauterinstift an, manche verwerfen ihn. Auch intrauterine Galvanisation, die Sonde als Kathode, 5 bis 15 Minuten lang. Pelvithermie nach Flatau. Diathermie. Neuere Therapie: Corpus luteum-Extrakt nach Fraenkel (Lipamin nach Seitz), Pituglandol, eventuell mit Yohimbin. Plazentarextrakt. Zuviel dürfe man von all diesen Mitteln nicht erwarten, da keines die lebende Drüse ersetzen könne.
Klien (Leipzig).

409. **Kriegsamenorrhöe**; von B. Schweitzer (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 551.)

Die Beobachtungen decken sich mit denen anderer Autoren. Bemerkenswert ist, daß Sch. die Kriegsamenorrhöe als temporär auffaßt. Cessante causa, cessat effectus. Hierfür spreche das leichte Zurückgehen der Frequenz in den letzten 2 Monaten und die Feststellung, daß bei einigen Frauen die Menstruation bereits wieder aufgetreten ist.
Klien (Leipzig).

410. **Beitrag zur Kriegsamenorrhöe**; von Fr. Cordes. (Der Frauenarzt 1917. H. 9.)

Unter 1236 Patientinnen befanden sich 8,09% Fälle von *Amenorrhöe*, die vorwiegend Frauen im gebärtüchtigsten Alter betrafen und hinsichtlich der Ursachen als allein durch den Krieg entstanden, folglich als „Kriegsamenorrhöe“ bezeichnet werden müssen. Der Untersuchungsbefund ließ 2 Typen feststellen, einen, der dem antemenstruellen, einer, der dem klimakterischen entsprach. Beide Typen unterschieden sich hinsichtlich der therapeutischen Beeinflussung; Typ I war prognostisch gut, Typ II schlecht zu bewerten. Es kommen die schon lange für Amenorrhöe bekannten Ursachen: Chlorose, Unterernährung, veränderte Lebensweise, psychische Insulte, Nässe und Kälte, Veränderung oder Ausschaltung der Sexualtätigkeit, alles Ursachen, die durch den Krieg bedingt sind, in Betracht.

Zur medikamentösen Therapie verabreichte C. in 133 Fällen Ovaradentriferrin. Bei 60 Patientinnen konnte ein guter Erfolg festgestellt werden, der zeitlich nach 8 Tagen bis 2 Monaten eintrat und besonders auffällig wurde in Fällen, in denen nach dem ersten Auftreten der Menses die Periode wieder längere Zeit aussetzte und erst aufs neue durch Ovaradentriferrin erreicht wurde. Besonders günstig wirkte das Präparat auf Fälle mit nervösen Beschwerden.

Die Erscheinungen an sich sind nicht zu vernachlässigen, da durch eine Verschleppung Eintritt der Sterilität nicht auszuschließen ist.
Bachem (Bonn).

411. **De fistel-operatie van Braquehaye**; door A. H. M. J. van Rooy. (Nederl. Maandschr. voor verlosk. vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 5. H. 8. S. 417.)

Die Fistelränder selbst bleiben unberührt. Auf 3—6 cm Abstand wird eine kreisförmige Inzision rund um die Fistel, bis auf die Blasenwand, gemacht und von da aus nach der Fistel zu eine Scheidenwandmanschette abpräpariert. Diese Manschette wird nach der Blase zu eingestülpt und mit dünnen Seidennähten, die an die Wundseite ein- und austreten, verschlossen. Es kommen somit die Nähte nicht mit dem Blaseninhalt in Berührung. Als zweite Schicht werden die Vaginalwundränder vernäht, eventuell unter Zuhilfenahme von Entspannungsschnitten.

v. R. heilte mit diesem Verfahren alle seine 7 Fälle ohne Ausnahme bei der ersten Operation. Die Krankenberichte werden ausführlich mitgeteilt und die Beschreibung an 4 Abbildungen auf einer Tafel erläutert.
Lamers (Herzogenbusch).

412. **Gangraena vulvae bei einer Schwangeren**; von T. Herzog. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 553.)

Ausführliche Beschreibung eines sehr schweren Falles bei einer 22jährigen Erst-Schwangeren im 8. Monat, bei der es zur gangränösen Abstoßung eines großen Teiles der rechten Schamlippe kam. Druck des Uterus wird in der Hauptsache für die gewaltigen Ödeme der Beine und Genitalien verantwortlich gemacht. Kein Eiweiß im Harn. Die Geburt erfolgte dann rechtzeitig ohne Komplikationen.
Klien (Leipzig).

413. **Een en ander over het ovarium van den mensch vóor het optreden der menstruatie. Het jonge ovarium**; door A. G. Th. Becking. (Nederl. Tijdschr. voor verlosk. en gyn. Bd. 26. H. 2 u. 3. S. 117. 1917.)

Nach einer sehr eingehenden kritischen Literaturübersicht über die Entwicklung des Ovariums, die Follikelatresie und das interstitielle Gewebe, berichtet B. über seine mikroskopischen Befunde an 43 Ovarien von Föten und Kindern jeden Alters. Primärfollikel wurden gefunden von der Mitte des fötalen Lebens an, in der ersten Zeit spärlich, vom 7. Monat an in großer Zahl. Dann findet man ab und zu einen Follikel, der einen höheren Entwicklungsgrad erreicht hat, in Übereinstimmung mit der Entwicklung der Frucht. Auch findet man einige (kleine) Graafsche Follikel, sogar einzelne in atretischem Zustande. Die ausgetragene Frucht enthält Eierstöcke, in denen man regelmäßig Follikel in verschiedenen Entwicklungsstadien antrifft, ebenso Follikel in Atresie und ausnahmsweise ein Corpus atreticum. Im ersten Lebensjahr findet man schon ziemlich große Graafsche Follikel, ferner atretische Follikel und Corpora atretica. Die Zahl der Primärfollikel wird geringer. Nach dem dritten Lebensjahr zeigt das Ovar das Bild der Erwachsenen, nur in Größe verschieden.

Bei der Follikelatresie sieht man oft im Ei (innerhalb der Zona pellucida) eingedrungene Zellen. Diese sind Granulosa-Zellen ähnlich; ob es solche sind, konnte B. nicht feststellen. Auch phagozytäre Wirkung derselben scheint B. von physiologischem Standpunkt aus nicht wahrscheinlich. Die eventuelle Rolle von Leukozyten konnte er nicht beurteilen. Regel kann jedenfalls die phagozytäre Wirkung nicht sein, weil man oft entartete Eier in atretische Follikel antrifft, bei denen von Eindringen von Zellen nicht die Rede ist. Wo Follikelatresie besteht, ist auch immer interstitielles Gewebe in größerem oder geringerem Maße

(oft sogar in großer Menge) nachweisbar. Über die Rolle dieses Gewebes, d. h. der „interstitiellen Drüse" läßt sich vorläufig nichts mit Sicherheit sagen. — Zahlreiche Literaturstellen im Text.

Lamers (Herzogenbusch).

414. **Über das Verhalten der Eierstocksfunktion nach der gynäkologischen Röntgentiefentherapie jugendlicher Personen;** von P. Werner. (Therap. Monatsh. 1917. H. 3 S. 334.)

Beschreibung der an der Klinik geübten Technik. Die Menstruation kam in einem Teil der Fälle nach sehr langer Pause wieder. Auch Geburten sind beobachtet worden ohne irgendwelche Schädigung der Früchte. Klien (Leipzig).

415. **Zum konservierenden Verfahren bei der Operation doppelseitiger Ovarialgeschwülste;** von A. Sippel. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 29. S. 718.)

Den Angaben Menges und H. Freunds, bei der Operation doppelseitiger gutartiger Ovarialtumoren, bei denen sich kein gesundes Eierstocksgewebe nachweisen läßt, bestimmte Stellen der Tumorwand stehen zu lassen, fügt S. eine Bereicherung zu, auf die er durch die Operation eines doppelseitigen Ovarialdermoids bei einem 12jährigen Mädchen gebracht wurde, nämlich, daß nach Entfernung des Inhaltes der Geschwulst durch die erfolgende Entspannung der Geschwulstwand das Auffinden normalen Ovarialgewebes bedeutend erleichtert wird. Er rät, bei entsprechenden Fällen durch Entleerung der Geschwulst Klarheit zu schaffen und die Operation zu dem Zeitpunkt auszuführen, zu welchem man mit Sicherheit ein vollentwickeltes Corpus luteum zu erwarten hat, d. h. unmittelbar vor der Operation.

Tosetti (Bonn).

416. **Zur Behandlung der entzündlichen Veränderungen in den Gebärmutteranhängen;** von Fuchs. (D. med. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1425.)

F. spricht sich für die expektative Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen aus, betont aber, daß die Behandlung am besten im Krankenhause stattfindet, da auch die gutsituierten Patientinnen meist nicht die langdauernde Bettruhe einhalten, die unbedingt geboten ist. Cordes (Berlin).

417. **Demonstration eines supervaginal amputierten Uterus nach dreimaligem Kaiserschnitt;** von Rosenstein. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1104.)

Das Präparat ergab, daß die Narbe nach querem Fundalschnitt nach Fritzsch, der ja auch längst verlassen ist, höchstens 1/2—3/4 cm, daß dagegen die Narbe nach zervikalem Kaiserschnitt überall 2 cm dick war. Erstere war stark eingezogen, bestand zum Teil aus Bindegewebe, war an einer Stelle beängstigend dünn, letztere überall gleichmäßig dick, aus Muskulatur bestehend. Klien (Leipzig).

418. **Operatieve behandeling van den uterus bicornis septus;** door N. J. P. Pompe van Meerdervoort. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. S. 562. 1917.)

2 Fälle operativer Behandlung eines Uterus bicornis septus mit ausführlicher Beschreibung und Abbildung (4 schematische Zeichnungen auf 1 Tafel) der angewandten Technik. Indikation zum Eingreifen war bei beiden Frauen die Dysmenorrhöe. Die Uterushörner wurden in dem einen Falle nach keilförmiger Exzision der einander zugewandten Flächen, in dem anderen Falle nach einfacher Inzision der Uterushöhlen von Fundus zu Fundus, median miteinander vereinigt. Der Erfolg war anatomisch tadellos: ein Uterus von normaler Form in Anteflexio. Zur Beurteilung des klinischen Resultates liegt in beiden Fällen der Eingriff noch zu kurz zurück. — In der Literatur sind bisher 5 Fälle dieser Art beschrieben worden.

Lamers (Herzogenbusch).

419. **Uterusmyom und Bildungsfehler;** von H. Freund. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 475. 1917.)

F. vertritt auf Grund der neueren Arbeiten folgenden Standpunkt: Kugelmyome entstehen aus Anschwellungen der Muskelfasern und -bündel, die mit der normalen Uterusmuskulatur durch einen Stiel verbunden sind, wahrscheinlich infolge irgendeines Reizzustandes. Inklusionen von Epithel, Drüsen, zystogenem Gewebe sind öfters nachgewiesen und als Irritamente aufzufassen. Die Claisse-Opitzsche Theorie scheide fortan aus. Was die Disposition zur Myombildung anlangt, so seien mangelhaft entwickelte und mißbildete Uteri in erster Linie zu nennen. Besonders sei das Zusammentreffen von Myom und Uterus duplex, aber auch anderer Deformitäten recht häufig. 84 Fälle sind bekannt. 7 neue Fälle beschreibt F. selbst. Klien (Leipzig).

420. **Carcinoma uteri en kinderaantal;** door P. W. L. Penris. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 9. S. 507. 1917.)

In allen Statistiken, die sich mit der Kinderzahl uteruskarzinomkranker Frauen befassen, ist bisher immer das Alter der Frauen vernachlässigt worden. Die Annahme, daß Gebärmutterkrebs hauptsächlich bei kinderreichen Frauen vorkäme, ist falsch und durch keine einzige Statistik bewiesen. Im Gegenteil wird dieselbe wiederlegt durch die Zahlen P.s Es hat folglich keinen Zweck, sich zu vertiefen in Theorien über den Einfluß der (nicht bewiesenen) abnormal hohen Zahl Geburten auf die Entstehung des Uteruskarzinoms. — Die Arbeit stützt sich auf zahlreiche, an der Amsterdamer Frauenklinik gewonnene Statistiken, die in 6 Tabellen wiedergegeben sind. Lamers (Herzogenbusch).

421. **Zur Bewertung der Bestrahlung und Myomotomie;** von W. Nagel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1443.)

N. stellt die Erfolge der Operation denen der Bestrahlung entgegen. So günstig auch die operativen Resultate liegen, so kann die Ablehnung der Bestrahlungsbehandlung, wie sie N. auf Grund falscher Voraussetzungen fordert, doch nicht unwidersprochen bleiben. Die experimentellen Grundlagen der biologischen Röntgenstrahlenwirkung, soweit sie uns heute schon bekannt sind, dürften auch von autoritativer Seite nicht mehr geleugnet werden, und es mutet eigenartig an, wenn wir die Ansicht aussprechen hören, daß bei genügender Stärke und Dauer die Röntgenstrahlen wie ein Kaustikum eindringen, während sie bei kürzerer und schwächerer Anwendung nur Wärme als Heilagens entwickeln. Wenn auch die operativen Resultate an den von N. ausgeführten 160 vaginalen Totalexstirpationen des Uterus — kein Todesfall, keine schwerere Nebenverletzung — besonders günstig liegen, so hat doch die seit Jahren ge-

übte konservative Behandlungsmethode mit Röntgenstrahlen ihre auf zahlreiche Dauerheilungen begründete Berechtigung und verdient bei anerkannter Indikationsstellung schon wegen der Belassung des Organs im Körper vor der operativen Therapie den Vorzug. Kautz (Hamburg-Eppendorf).

422. **De waarde der castratie bij myomen der baarmoeder;** door M. A. Mendes de Leon. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1916. 2. Hälfte Nr. 11. S. 906.)

30jährige Erfahrung an 114 operativen Kastrationen auf mehr als 800 Myompatientinnen, die zur Beobachtung kamen. Mortalität 2,6%, seit 1905 1,58%. In 10 Fällen wurde kein Erfolg gesehen (Krankengeschichten), 8 verschwanden aus der Beobachtung, bei den übrigen 96 war der Erfolg vollkommen befriedigend. Die Blutungen schwanden in kurzer Zeit nach und nach vollkommen, die Tumoren verkleinerten sich merkbar, Ausfallserscheinungen waren im allgemeinen gering. Der therapeutische Effekt der Kastration soll mit dem der Röntgenbestrahlung gleichstehen und außerdem rascher und billiger erreicht werden.

Indikationen: der Tumor soll nicht höher als bis zum Nabel reichen und Enukleation soll nicht ausführbar sein. Lamers (Herzogenbusch).

423. **Behandeling van het fibromyoma uteri met X-stralen of door middel van operatie;** door B. J. Kouwer. (Nederl. Tijdschr. voor verlosk. en gyn. Bd. 25. H. 4. S. 211. 1916.)

Auf Grund eigener langjähriger Erfahrungen mit der operativen Behandlung und der heutigen Kenntnisse von der Biologie der Geschlechtsorgane kommt K. zu folgenden Schlüssen: Nur die kleinste Hälfte der Myompatientinnen bedarf einer operativen Behandlung. Für diese Fälle wähle man aus den bekannten Verfahren eines heraus, bei dem möglichst die Gebärmutter ganz oder zum Teil erhalten bleibt und die Eierstöcke gespart werden. Letztere Bedingung gilt für Frauen jeden Alters. Es ist ein unverzeihlicher Fehler, das Uterusmyom anders als mit seltener Ausnahme der Strahlentherapie, es sei mit Röntgen- oder Radiumstrahlen zu unterziehen. Haupteinwände K.s gegen die Strahlenbehandlung des Myoms sind: die Verkennung der Bedeutung der Eierstöcke, die Verkennung der Unvollkommenheiten unseres diagnostischen Könnens, die unerlaubte Popularisierung der neuen Behandlungsmethode unter nichtsachverständigen Ärzten und zu leichtgläubigen Laien.

Die Arbeit enthält eine ausführliche Übersicht über die Erfahrungen K.s, an 779 Myompatientinnen — die ganze eigene Privatpraxis, sowie die Utrechter Universitätsklinik und ein Teil der Universitäts-Poliklinik, von denen 41,5% operiert wurden. Zahlreiche Tabellen und Krankengeschichten.

Lamers (Herzogenbusch).

424. **Die sterilisierenden Operationen an den Tuben und ihre Fehlschläge;** von L. Nürnberger. (v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 1917. Nr. 731/34. Gyn. Nr. 258/61.)

Sehr ausführliche Arbeit. Als beste Methoden konkurrieren: die keilförmige Exzision der Tuben, die doppelte Unterbindung und Durchschneidung mit nachfolgender Versenkung der Stümpfe in das Peritoneum und die Einnähung der Tuben in den Leistenkanal; letztere Methode kann auch zur temporären Sterilisierung Verwendung finden, ebenso wie die Einnähung in die Scheide. Klien (Leipzig).

425. **Über Mastitis und Strumitis climacterica;** von D. Pulvermacher. (Med. Klin. 1917. Nr. 11. S. 264.)

P. lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse tumorartige Veränderungen in Mamma und Schilddrüse im Klimakterium, wie solche in geringerem Grade auch während der Menses beobachtet werden. Bei der Mamma ist in diesen Fällen stets die Haut über der Geschwulstbildung verschieblich, ebenso diese selbst auf der Unterlage, nie besteht Einziehung der Warze. Zuweilen Wechsel der einzelnen Drüsenquadranten betreffs der Anschwellung. Therapie: abwechselnde Röntgenbestrahlung der Drüsen und der Ovarien.

Klien (Leipzig).

426. **Osteomalacie und Röntgenkastration.** *Histol. Untersuchungen an Ovarien;* von J. Wallart. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 1. S. 133. 1917.)

Die Ovarien stammten von einer erst mit Röntgenstrahlen, Adrenalin und Kokain behandelten und nur vorübergehend gebesserten, dann kastrierten Osteomalazischen. In beiden Ovarien war reichlich interstitielles Drüsengewebe vorhanden, in dem einen auch einige, aber wohl geschädigte, Follikel und Abortivformen von gelben Körpern. Die Menstruation und also auch die Ovulation hatte ausgesetzt.

Klien (Leipzig).

427. **Über die Beziehungen zwischen Harnröhrenwucherungen und Gonorrhöe beim Weibe;** von G. Stümpke. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1194.)

Auf Grund seiner Fälle kommt St. zu dem Schlusse, daß das Vorhandensein von Harnröhrenwucherungen das Fortbestehen gonorrhoischer Prozesse begünstigt, da diese letzteren dem therapeutischen Eingreifen weniger zugänglich sind. Entfernung der Wucherungen ist daher zur Heilung Bedingung. Cordes (Berlin).

Geburtshilfe.

428. **Über perniziosaähnliche (hämolytische) Graviditätsanämie (mit typischem und weniger typischem perniziösem Blutbefunde);** von P. Esch. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 1. S. 1.)

6 Krankengeschichten. 2 Fälle mit typischem perniziösen Blutbefund: Der erste Fall heilte *dauernd* (4 Jahre beobachtet), was bei der Biermerschen Anämie nie vorkommt. In 4tägigen Zwischenräumen wurde 5mal defibriniertes Menschenblut intraglutäal injiziert — im ganzen 229 ccm —, zwischen 25 und 70 ccm pro dosi. Der zweite Fall, ebenso behandelt, außerdem mit Arsen und Glyzerin, starb bald post partum eines toten Kindes. Im ersten Fall lebte das Kind 3/4 Jahre lang, starb an Darmkatarrh. — Bei den 4 Fällen mit weniger typischem Blutbefund war der Färbeindex vorübergehend bzw. ständig erniedrigt. 2 Fälle wurden geheilt, der eine wurde ebenfalls 4, der andere 1 Jahr lang beobachtet. — Der *Beginn* des Leidens fiel bei allen 6 Fällen ausnahmslos *in* die Gravidität, und zwar in deren zweite Hälfte, und nicht schon in die Zeit vor derselben oder erst ins Puerperium. — Es heilt keine perniziöse Anämie, außer wenn die Ursache beseitigt wird, so z. B. der Botriozephalus, die Lues, hier die Schwangerschaft. Es muß aber für die Schwangerschaftsanämie eine besondere konstitutionelle Anlage vorliegen, die Schwangerschaft selbst spielt wohl nur eine auslösende Rolle. (Partielle Hämolyse in der Schwangerschaft, Schwan-

gerschaftslipoidämie, Blutzerfall in der Plazenta.) — E. schlägt die Bezeichnung „perniziosaartige Graviditätsanämie" vor. $^3/_4$ der Fälle enden mit spontaner Frühgeburt. Die Aussichten für die Kinder sind schlecht. — Ob man die Frühgeburt einleiten soll, müsse von Fall zu Fall entschieden werden. Lebensrettend für die Mutter wirkt sie nicht mit Sicherheit. Im übrigen deckt sich die Behandlung mit der der perniziösen Anämie. Allgemein abgelehnt wird die Eisenbehandlung, ebenso das Atoxyl und das Salvarsan. Arsen wird empfohlen, besonders in der alten von Ziemssenschen Zusammensetzung. Neuerdings steht die Einverleibung gesunden *Menschenblutes* im Vordergrund, entweder in Form der arterovenösen Transfusion nach Sauerbruch, oder in Form von intramuskulären Injektionen von defibriniertem Blut, was E. der Einfachheit halber vorzieht. Sie geschehen direkt mittels Rekordspritze, 20 ccm pro dosi. Vorher spritze man die Spritze mit einer gesättigten Lösung von zitronensaurem Natron durch. Doch warnt E. vor dem propter hoc.
Klien (Leipzig).

429. **Über Hämatinämie und Hämatinurie bei Eklampsie und über den Harnstoffgehalt des Liquors Eklamptischer;** von H. Brütt und O. Schumm. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 1. S. 145. 1917.)

Br. u. Sch. fanden im Blutserum und Harn Eklamptischer häufig entsprechend der Schwere des Falles Hämatin. Dieses Verhalten spreche eher für eine anaphylaktische Erscheinung als für eine plazentare Intoxikation. Der Hämatingehalt des Blutes scheint bei einer Wendung zum Besseren unter Umständen schon früher zu sinken, als die klinischen Erscheinungen eine günstige Prognose stellen lassen. Der Gehalt des Blutes an Reststickstoff war durchweg normal, nur in einem (tödlich verlaufenen) Fall hatte das nach der Entbindung entnommene Blut deutlich erhöhten Reststickstoff. — Der Harnstoffgehalt des Liquor cerebrospinalis war in 9 zum Teil schweren Fällen nicht oder nur wenig höher als normal. Das spreche für die sekundäre Natur der Nierenschädigung bei Eklampsie. Klien (Leipzig).

430. **Die Eklampsie eine Hirndruckfolge;** von W. Zangemeister. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 1. S. 124.)

Z. führt in scharfsinniger Weise den Nachweis, daß sämtliche klinischen Symptome der Eklampsie zwanglos als Hirndrucksymptome zu deuten sind. Er verwahrt sich aber dagegen, als ob er deshalb die Trepanation als allgemeine therapeutische Maßnahme habe empfehlen wollen. Versuche in dieser Richtung anzustellen sei allerdings berechtigt, da die Mortalität bei den bisherigen Behandlungsarten günstigenfalls immer noch 5% betrügen. Besonders aussichtsvoll erscheint es Z., daß man durch Beachtung der *Frühsymptome* des Hirndrucks und vor allem des *Hydrops* gravidarum eine Prophylaxe der Eklampsie betreiben könne, wie sie bisher noch nicht möglich war.
Klien (Leipzig).

431. **Über die Ätiologie der Eklampsie;** von Grumme. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 655.)

Kritische Abhandlung der diesbezüglichen Theorien, Ablehnung der Kriegsansicht, daß die Ernährung ein wesentlicher Faktor sei, Betonung des Vorhandenseins eines Plazentargiftes. Ablehnung der Kosteinschränkung für Schwangere. Cordes (Berlin).

432. **Unberechtigte Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft;** von G. Winter. (Med. Klin. 1917. Nr. 49. S. 1283.)

Das Leben nicht gefährdende Krankheiten (Geburtsgefahren, dann nicht medizinische Indikationen (die soziale, die eugenetische und Notzuchtsindikation) sieht W. als unberechtigt zur Schwangerschaftsunterbrechung an und bespricht das Nähere in vorliegender Arbeit.
Cordes (Berlin).

433. **Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Tuberkulose der Lungen und des Larynx;** von M. Sachse. (Med. Klin. 1917. Nr. 27. S. 758.)

Als Material zu der Arbeit sind die Beobachtungen von 150 schwangeren tuberkulösen Frauen verwertet. Die Nachuntersuchungen an Frauen ohne Unterbrechung der Schwangerschaft ergaben, daß nur die manifeste Tuberkulose wesentliche Fortschritte macht. Die Arbeit schließt mit einem Vergleich der eigenen Beobachtungen S.s und der anderer Autoren.
Cordes (Berlin).

434. **Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Blutkrankheiten (Leukämie und perniziöser Anämie);** von E. Sachs. (Med. Klin. 1917. Nr. 11 u. 12. S. 257.)

Bei *Leukämien*, die sicher erst in der Schwangerschaft auftreten, leite man den Abort oder die Frühgeburt ein, sobald man die Diagnose Leukämie gestellt hat. Hat die Leukämie schon vorher bestanden, Unterbrechung der Schwangerschaft nur, wenn eine vitale Indikation dazu zwingt.

Bei *perniziöser Anämie* unterbreche man sofort die Schwangerschaft, wenn die Diagnose durch die Blutuntersuchung sichergestellt ist. Nur wenn bereits der 10. Monat erreicht ist, scheine man das normale Schwangerchaftsende abwarten zu dürfen.
Klien (Leipzig).

435. **Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Erkrankungen des Nervensystems (Epilepsie, Chorea, Polyneuritis);** von E. Sachs. (Med. Klin. 1917. Nr. 42—44. S. 1105.)

Die *Epilepsie* an sich genügt nicht, eine Schwangerschaft prophylaktisch zu unterbrechen, aus Besorgnis, daß sich die Erkrankung unter dem Einfluß der Schwangerschaft verschlimmern könne. Nur die Tatsache der Verschlimmerung an sich läßt überhaupt die Überlegung zu, ob eine Unterbrechung angebracht ist. Als derartige *Verschlimmerungen* sind zu rechnen: 1. sehr starke Häufung der Anfälle in der Schwangerschaft, 2. Auftreten epileptischer Geistesstörungen, 3. Status epilepticus. — Die Häufung an sich berechtigt nicht eine Unterbrechung; keineswegs solange es sich um eine Epilepsia minor handelt, aber auch nicht beim großen Anfalle, solange die Psyche dabei intakt bleibt und keine Status epilepticus aufzutreten droht. — Der Erfolg der Schwangerschaftsunterbrechung bei Geistesstörungen epileptischer Natur ist ein ganz unsicherer, ebenso beim Status epilepticus. Trotzdem rät S., bei Verblödungsgefahr oder bei anderen schweren psychischen Symptomen (Suizid und Nahrungsverweigerung) die Schwangerschaft zu unterbrechen, und beim Status epilepticus das schwer gefährdete Leben durch eine möglichst schnell auszuführende Entbindung mittels Hysterotomie (Kaiserschnitt) zu retten zu versuchen.

Größere Erfahrungen müssen hier aber durchaus noch gesammelt werden.

Bei der *Chorea* kommen nur die *schweren* Fälle für eine Schwangerschaftsunterbrechung in Frage: alle akut einsetzenden, die früher als vorher einsetzenden rezidivierenden Fälle, die langsam einsetzenden Formen, die durch die Intensität oder Ausbreitung der Muskelzuckungen lebensgefährlich zu werden drohen, alle Fälle mit Komplikation durch Herz-, Nieren- und Lungenerkrankungen und mit einer Psychose.

Bei der (toxischen) *Neuritis* kommt die Unterbrechung in Frage bei Ergriffensein des Vagus, Phrenikus und bei den Fällen vom Landryschen Typ, ferner bei Ergriffensein des N. opticus.

Klien (Leipzig).

436. **Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Nierenerkrankungen**; von E. Sachs. (Med. Klin. 1917. Nr. 32. S. 855; Nr. 33. S. 879; Nr. 34. S. 912.)

Abhandlung der einzelnen Indikationen für die Schwangerschaftsunterbrechung bei Nephritis gravidarum, akute, chronische usw., bei Pyelitis. S. verhält sich sehr vorsichtig. Für Einzelheiten muß auf die Originalarbeit verwiesen werden. Cordes (Berlin).

437. **Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herzerkrankungen**; von W. Benthin. (Med. Klin. 1917. Nr. 16. S. 441.)

Nur bei Vorhandensein von Dekompensationsstörungen tritt die Unterbrechung der Schwangerschaftsunterbrechung in Frage. Sofortige Unterbrechung ist nur bei augenblicklicher Lebensgefahr geboten. Erst nach Versagen der Digitalistherapie ist der Eingriff erlaubt.

Aus prophylaktischen Gründen ist die Unterbrechung nur erlaubt, wenn bei einer voraufgehenden Schwangerschaft und dem Wochenbett schwere Störungen beobachtet wurden. Cordes (Berlin).

438. **Ein Beitrag zum kriminellen Abort**; von P. Tosetti. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 445. 1917.)

Eine 33jährige Viertgebärende im 4. Monat hatte sich eine intrauterine Ausspülung mit Zusatz von Salmiakgeist gemacht, dabei die Uteruswand durchbohrt, wobei auch Flüssigkeit in die linke Tube und auf das Ovarium gelangte. Hämorrhagische Nekrose der linken Adnexe mit tödlicher Peritonitis war die Folge. Klien (Leipzig).

439. **„Oude" eerstbarigen. Verband tusschen den leeftijd en den aard der verlossing van eerstbarenden**; door B. J. Kouwer. (Nederl. Tijdschr. voor verlosk. en gyn. 1917. Jahrg. 26. H. 2/3. S. 209.)

Die Statistiken K.s umfassen 5300 Erstgebärende während den letzten 16 Jahren der Utrechter Universitätsklinik und Poliklinik. Er fand entschieden mit Zunahme des Lebensalters eine Verlängerung der Geburtsdauer. Am auffallendsten war aber, daß diese Verlängerung vom 24. Lebensjahr an schon deutlich in Erscheinung tritt. Ebenso wurde auch nach dem 24. Jahre die Zahl der Zangenentbindungen bei Erstgebärenden deutlich höher. Die Regelmäßigkeit dieser Befunde in allen Statistiken war sehr in die Augen springend, so daß kaum zu glauben ist, daß der Zufall eine Rolle spielen könnte. Trotzdem glaubt K., daß nur an sehr großem Material brauchbare Resultate zu erreichen sein werden und regt deshalb zu weiteren Untersuchungen an anderen Kliniken an. Ursache der längeren Geburtsdauer ist wahrscheinlich ungenügende oder weniger regelmäßige Wehentätigkeit. Diese wird verursacht durch Beeinträchtigung der Funktion des gesamten endokimen Drüsensystems und anderer Organe, darunter die Gebärmutter, infolge Verlangsamung der physiologischen sexuellen Entwicklung des weiblichen Organismus als Folge der später als normalerweise eintretende erste Schwangerschaft. In demselben Sinne würde eine zu lange Pause zwischen zwei Schwangerschaften wirken. Bei Laien ist dies auch eine geläufige Meinung, deren Richtigkeit jedoch niemals wissenschaftlich festgestellt wurde. Die Funktionsbeeinträchtigung tritt ebenfalls in der Zahl der Schwangerschaftsalbuninurien und Eklampsien bei Erstgeschwängerten nach dem 24. Lebensjahr hervor. — Die Arbeit enthält zahlreiche Tabellen und eine kurze Übersicht der sämtlichen in Betracht kommenden Zangenentbindungen. Lamers (Herzogenbusch).

440. **Les primipares agées**; par L. Meyer. (Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. 5. Jahrg. Nr. 7—9. S. 264.)

M. kann sich nicht vereinigen mit den üblichen Auffassungen über die Ursache der häufig längeren Dauer und der vorkommenden Schwierigkeiten der Geburt bei älteren Erstgebärenden. Für die als feststehend angenommene Rigidität der Weichteile und die darin vorhandenen frühzeitigen fibrösen Veränderungen fehlen histologische Beweise. Außerdem ist das Vorkommen dieser Veränderungen bei häufig verhältnismäßig noch so jungen Frauen unwahrscheinlich. Schließlich kommen lange nicht alle wirklich alte Erstgebärende schwierig nieder. Um mit Erfolg der Ursache nachzuspüren, muß man nach M. zwei Gruppen alter Erstgebärende unterscheiden: 1. solche, die erst in späterem Alter die Gelegenheit bekommen haben, schwanger zu werden und 2. solche, die immer schon Gelegenheit hatten und es trotzdem nicht geworden sind infolge mangelhafter Ausbildung oder Mißbildungen ihrer Geschlechtsorgane. Ausschließlich diese letzteren bilden nach M. die „klassischen" alten Erstgebärenden, die schwer niederkommen. Die Richtigkeit dieser Hypothese, welche M. auf eigene Wahrnehmungen gründet, ist nur an einem großen Material zu prüfen, und dazu will M. mit seiner Arbeit anregen. Lamers (Herzogenbusch).

441. **Valeur clinique et médico-légale d'un signe non décrit du puerperium récent**; par A. Turenne et Ch. Colistro. (Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Jahrg. 5. Nr. 10—12. S. 305.)

T. u. C. fanden in 82 von 100 Fällen, daß vom 7. bis zum 20. Tage des Wochenbettes das wohlbekannte Schwangerschaftszeichen von Hegar am Uterus wiedererscheint. Diese Beobachtung wurde bisher nirgendwo beschrieben und ist in gerichtsärztlicher Beziehung von großer Bedeutung zur Unterscheidung eines schwangeren von einem frisch puerperalen Uterus. Der erstere wird gleichzeitig mit dem Verschwinden des Hegarschen Zeichens größer und weicher; letzterer wird kleiner und härter. — Ein klinischer, gerichtsärztlicher Fall wird von T. u. C. ausführlich mitgeteilt. Lamers (Herzogenbusch).

442. **Klinische Erfahrungen mit einer neuen serodiagnostischen Schwangerschaftsreaktion unter Verwendung von Dia-**

Sorcym-Placentae-Präparaten; von F. Thoenen. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 769.

Th. arbeitet mit dem von Kottmann dargestellten und von der Gesellschaft für chemische Industrie in den Handel gebrachten Sorzympräparate. Dieses Präparat geht von dem Prinzip aus, spezifische Eiweißkörper der verschiedensten Organe so mit Metallen zu verbinden, daß erst beim Eiweißabbau auch die Metalle frei werdeen. Es dient dann der Metallnachweis als Maßstab des erfolgten Eiweißabbaues. In ein steriles Reagenzglas wird 0,01 des Dia-Sorzym-Placentae-Pulvers mit 1 ccm Serum gemischt. Dann kommt das Glas 3 Stunden in den Brutschrank oder es wird die gleiche Zeit bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Dann Filtrieren und Nachspülen mit 1 ccm destilliertem Wasser. Zum Filtrat 20 Tropfen ca. 18proz. Salzsäure und 20 Tropfen ca. 50proz. wäßriger Rhodankalilösung. Ausschütteln mit 2 ccm Äther. Die positive Reaktion ergibt Rotfärbung, die Kontrollreaktion bleibt ungefärbt oder ist nur rosa angedeutet. Das Blut wurde stets in nüchternem Zustande entnommen und nach 4—12 Stunden zentrifugiert. Die erste Serie von 100 Fällen ergab bei 51 sicher Schwangeren 48 mit + + + und mehr ausgesprochen positiver Reaktion = 94%, bei 41 verschiedensten Kontrollfällen 31 mit — + 0 diagnostisch erkennbar negativ = 75%. Bei der zweiten Serie lauteten die Prozentzahlen 94 und 78, bei der dritten (Zimmertemperatur) 98 und 100. Die Methode kann also zur Nachprüfung empfohlen werden, besonders da sie wesentlich einfacher ist als die bisherigen. Klien (Leipzig).

443. **Physometra en levend kind**; door P. Ribbius. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 10. S. 572.)

2 Fälle aus eigener Praxis, in denen das Kind am Leben war und blieb. Das Fruchtwasser war beide Male schon 3 Tage vorher abgegangen. Wegen Tympania uteri wurde im ersteren Falle die Zange angelegt, im letzteren die Hysterotomia anterior mit anschließender Zangenextraktion vorgenommen. Der Uterusinhalt war sehr stinkend; bakteriologische Untersuchung fand jedoch nicht statt. In beiden Fällen verlief das Wochenbett ungestört.
Lamers (Herzogenbusch).

444. **Gefahren der Blasenmole**; von Kraemer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 452.)

Eine 30jährige Frau erkrankte 2 Monate nach der 3. normalen Geburt an einer Blasenmole, die nach vollständiger Ausräumung nach kurzer Zeit rezidiviert und abermals ausgeräumt wird. Nach ca. 1 Jahr muß wegen starker Blutungen die Totalexstirpation vorgenommen werden, die ein Chorionepitheliom ergibt. Nach Berechnung Kr.s werden etwa $33^1/_2$% der Blasenmolen maligne; das Schicksal der Geschwulstträgerin hängt offenbar von den Gewebswiderständen und dem Zustand des Gefäßapparates ab.
Tosetti (Bonn).

445. **Rotationszange oder Drehung nach Fehling?** von A. Hamm. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1544.)

Die kombinierte Drehung nach Fehling sollte allgemein gelehrt und von jedem Geburtshilfe treibenden Arzte angewandt werden. Das lohnendste Anwendungsgebiet der Kiellandschen Zange sind jene Fälle, wo bei dem im Beckeneingang bzw. hoch in der Beckenhöhlung stehenden Kopfe das Anlegen der bisherigen Zangen mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft oder häufig ausgeschlossen ist. Die Anwendung indes muß dem geübten Geburtshelfer vorbehalten werden. Cordes (Berlin).

446. **De oorzaak der spontane vroeggeboorte**; door P. C. T. van der Hoeven. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 9. S. 503. 1917.)

Nach den Berechnungen v. d. H.s kommen nur $^1/_4$—$^1/_3$ aller Kinder (nicht mitgerechnet die 30%, die schon vor dem 7. Monat geboren sind) zur Welt, wenn sie 3—3,4 kg wiegen. Vom Rest kommen ebenso viele vor, wie nach diesem Zeitpunkt. Mit anderen Worten ist für die Kinder die Aussicht auf Partus praematurus (32%) ebenso groß wie die auf Partus à terme (28%) und Partus serotinus (37%). Im 7. Monat der Schwangerschaft fängt die Natur an die Schwangerschaften aufzuräumen, mit zunehmender Schnelligkeit und später wieder in abnehmendem Tempo. Im allgemeinen gibt es also ebensowenig wie für den Partus serotinus eine spezielle Ursache für den Partus praematurus. Dasselbe Prinzip gilt nach Annahme v. d. Hs für den Blasensprung und für die Ausstoßung der Steißlagen nach dem 6. Schwangerschaftsmonat. Lamers (Herzogenbusch).

447. **Statistische gegenens omtrent den invloed van leeftijd en reeds voorafgegane zwangerschap op den loop der baring**; door T. B. J. Heinemann. (Inaug.-Diss. Groningen, Juli 1917. Erven B. v. d. Kamp. 51 S., 23 Tab. u. 16 Kurven.)

Die Statistiken umfassen 1746 Geburten der Groninger Universitätsklinik während den letzten 19 Jahren. Die Leitung derselben und die Führung der Krankengeschichten waren während der ganzen Zeit in einer Hand (Nijhoff). H. kommt u. a. zu folgenden Schlüssen. Je höher die Parität, um so häufiger Kunsthilfe und Placenta praevia, um so seltener Eklampsie. Bei steigender Parität wird die Indikation zur Zange seltener. Je älter die Multigravida, umso häufiger Placenta praevia; bei Primigravidae hat das Alter keinen Einfluß auf das Vorkommen der Plazenta praevia. Für jede Parität gilt, daß Kunsthilfe häufiger wird mit dem Steigen des Alters. Bei jungen Primigravidae ist die spontane Geburt häufiger wie bei jungen Multigravidae; bei alten beider Art seltener. Bei normalem Becken hat die Geburt bei alten Primigravidae eine schlechtere Prognose wie bei alten Multigravidae. Bei verengtem Becken ist bei alten Primi- und Sekundigravidae die Prognose der Geburt besser als bei alten Multigravidae. Lamers (Herzogenbusch).

448. **Deventer-Mueller und Veit-Smellie in ihren Beziehungen zur Wirbelsäulenzerreißung**; von E. Sachs. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 450.)

Bei engem Becken findet der Kopf einen nennenswerten Widerstand nie *während*, sondern stets erst *nach* Entwicklung der Schultern. Ein dann ausgeübter Zug hat aber mit dem Begriff Deventer-Mueller nichts mehr zu tun. S. formuliert: Zug *vor* Beginn der Entwicklung der Schultern („Extraktion") belastet beim engen Becken die *Hals*wirbelsäule überhaupt nicht. Zug *nach* der Entwicklung der Schultern (beim Veit-Smellie) gehört nicht mehr zum Deventer-Mueller). Zug *während* der Entwicklung der Schultern (beim Deventer-Mueller) *belastet* zwar unter Umständen die Halswirbelsäule, aber *über*lastet sie nicht. Zug beim Deventer-Mueller kann nur die Brustwirbelsäule zerreißen, wird dies aber nie, wenn es zu keinem

Bruch des Schlüsselbeins kommt. Etwas anders liegen die Verhältnisse bei nicht genügend erweiterter Zervix oder engem Kontraktionsring. Hier liegt unter Umständen die fixierende Ebene viel höher als die Ebene des Beckeneingangs. Dadurch wird die Entfernung zwischen der den Kopf fixierenden Ebene bis zum Beckenausgang größer, und es kann schon während der Entwicklung der Schultern nach Deventer-Mueller zur Überbelastung der Halswirbelsäule kommen. Hier sind aber die Vorbedingungen zu einer gefahrlosen Extraktion nicht gegeben. Verletzungen der *Brust*wirbelsäule können bei starkem Zug natürlich sowohl beim engen Becken als bei nicht genügend erweiterten Weichteilen vorkommen, sowohl bei der Extraktion des Rumpfes als beim Deventer-Mueller. Ebenso werden forzierte Torsionen die *Brust*wirbelsäule verletzen können, die Halswirbelsäule aber nur bei fixierenden Weichteilen und Überdrehung nach der falschen Seite. Eine Überstreckung der Wirbelsäule, wie sie beim Veit-Smellie leicht vorkommt, und übertriebene Lateralflexionen durch überstarkes Anheben des Kindes gegen den Leib der Mutter führen dagegen nicht selten zur Zerreißung der Halswirbelsäule, wobei zuerst der ventrale Teil einreißt. Der Veit-Smellie war bei hochstehendem Kopf unter 16 Fällen der Klinik mindestens 13mal die Ursache der Zerreißung der Wirbelsäule. Die Zerreißung betraf meist den 6. Halswirbel; vielleicht sei derselbe weniger fest gefügt als der 7. Deshalb solle bei *über* dem Becken stehendem Kopf der Veit-Smellie durch den *Wigand-Martin-v. Winckelschen Handgriff* ersetzt werden. (Schon v. Winckel betont in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe vom Jahre 1893 die Gefährlichkeit des Veit-Smellie für die Wirbelsäule und hat eben den Wigand-Martinschen Handgriff an seiner Stelle wieder eingeführt; dieser wurde in der Münchner Klinik unter v. Winckel ausschließlich geübt. Ref.)

Klien (Leipzig).

449. **Over uterusruptuur**; door K. de Snoo. (Nederl. Tijdschr. voor verlosk. en gyn. Bd. 26. H. 2 u. 3. H. 176.)

de Sn. teilt ausführlich seine Erfahrungen an 20 Fällen von Uterusruptur mit (Rotterdamer Hebammen-Lehranstalt) und schließt daran Fall für Fall eine kritische Besprechung der Ätiologie und Behandlung dieser Geburtsstörung an. Er kommt betreffs der Therapie zu folgenden allgemeinen Schlüssen: Bei inkompletten Rupturen kann man im allgemeinen mit Tamponade auskommen, während bei bis ins Korpus reichenden Rissen auf alle Fälle Laparotomie indiziert ist, mit oder ohne anschließender Uterusexstirpation. Bei kompletten Rupturen des unteren Uterussegmentes genügt im allgemeinen Tamponade des Risses. Nur wenn die Eröffnung des Muttermundes zu gering ist, um das Kind ohne Gefahr für weiteres Zerreißen extrahieren zu können und wenn man in einer Klinik imstande ist, unmittelbar eine ernste Blutung zu stillen, kann Operation angewiesen sein. Auf alle Fälle soll sofort die Plazenta aus der Gebärmutter entfernt werden, entweder durch manuelle Lösung oder bei ungenügender Eröffnung durch Expression durch den Riß in die Bauchhöhle. — In der Ätiologie spielt nach de Sn. auch eine vorangegangene Kürettage manchmal eine Rolle. Die Angst für den Kontraktionsring ist häufig übertrieben.

Lamers (Herzogenbusch).

450. **Hydrorrhoea amnialis**; von L. S. Limborgh Meyer. (Inaug.-Diss. Groningen, Juni 1917. H. N. Werkman. 72 S.)

Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle von Hydrorrhoea amnialis, mit und ohne Graviditas extrachorialis, aus der Literatur und zusammenfassende Übersicht über die verschiedenen Ansichten betreffs Entstehung, Wesen und Folgen. Das Literaturverzeichnis umfaßt 100 Nummern. In 3 Tabellen sind alle 81 Fälle kurz wiedergegeben. Das Vorkommen von Hydrorrhoea decidualis soll beim Menschen nicht erwiesen sein. Ebenso kann eine Graviditas extrachorialis niemals mit Sicherheit diagnostiziert werden.

Lamers (Herzogenbusch).

451. **Zeventien maanden verloskundige kliniek zonder tangextractie**; door J. Doorenbos-de Groot. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 5. S. 225. 1917.)

In den letzten 17 Monaten wurde in der Leidener Universitäts-Frauenklinik (v. d. Hoeven) bei 475 Geburten keine einzige Zangenextraktion gemacht. Auf 1263 Geburten in der Poliklinik kamen vier, also 0,31% vor. Überhaupt nahm die Zahl der operativen Entbindungen in den letzten Jahren stark ab. Dieser günstige Zustand ist folgenden Ursachen zuzuschreiben: 1. die manuelle Blasensprengung bei 4 cm großer Eröffnung des Muttermundes; 2. Pituitrininjektion in der Austreibungsperiode bei Wehenschwäche und langer Dauer der Geburt; 3. manuelle Blasensprengung bei engem Becken schon in der Schwangerschaft, sobald sich der Kopf über der Symphyse vorzuwölben anfängt, jedoch nicht früher wie 4 Wochen vor dem normalen Ende der Gravidität; 4. der Kaiserschnitt bei deutlich sich über der Symphyse vorwölbendem Schädel.

Lamers (Herzogenbusch).

452. **Betrachtungen über 200 Fälle von Placenta praevia**; von Geppert. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1101.)

Die Placenta praevia betrifft besonders Vielgebärende mit schnell aufeinander folgenden Geburten. 17% waren Totalis-, 83% Partialis-Fälle. Die Größe des Blutverlustes *vor* der Entbindung ist äußerst bedeutungsvoll für das Schicksal von Mutter und Kind, sodann der Blutverlust in der 3. Geburtsperiode. 13,5% der Kinder starben *vor* der Geburt, meist infolge starker Blutung, 17,5% starben nach der Geburt, meist unter 2000 g schwer. Da es auch andere für die Mutter relativ ungefährliche Entbindungsmethoden gibt als den Kaiserschnitt, so ist dieser nur indiziert, wenn durch ihn das Kind gleichzeitig gerettet werden kann. 90 Kinder wurden lebend geboren. — Für die *während* der Geburt gestorbenen Kinder fielen auf die kombinierte Wendung 56%, auf die Metreuryse 55% Mortalität; bei zentralem Sitz der Placenta praevia betrug die Mortalität bei beiden Verfahren 70%. — Die Morbidität betrug 23%, kein Todesfall an Sepsis, obwohl auch *Tamponaden* vorgenommen wurden! 8 Mütter starben, meist an Verblutung. 2 Fälle mit 3000 und 5 mit 2000 bis 2400 g Blutverlust erholten sich. Nur 2mal handelte es sich um unstillbare Isthmusblutungen, 2mal um solche aus Zervixrissen. Also habe Sellheim nicht recht, wenn er sagt, „der natürliche Ablauf der Geburt bringt Mutter und Kind an den Rand des Grabes". Die Verallgemeinerung der Kaiserschnittindikation wegen Placenta praevia besteht nicht zu Recht. — Um die Blutungen *vor* der Geburt zu stillen, sei die Tamponade keineswegs zu fürchten und zu verwerfen, sie soll mit dem Röhrentamponator ausgeführt werden.

Klien (Leipzig).

453. **Gefahren und Therapie der Placenta praevia**; von A. Labhardt. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 40. S. 1329.)

L. wendet sich an die praktischen Ärzte, denn von dem, was bei der ersten prämonitorischen Blutung geschieht, hänge in weitem Maße das Wohl von Mutter und Kind ab. Eine Blutung in den letzten Monaten der Schwangerschaft oder sub partu spreche, bei Fehlen von Symptomen der frühzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta, ausnahmslos für Placenta praevia. Wozu also dann innerlich untersuchen bei der hohen Infektionsgefahr? außer es besteht die Notwendigkeit, sofort auch einen Eingriff zu machen. Als geschworener Feind der Tamponade empfiehlt L., bei Überführung einer Placenta praevia-Patientin, diese ohne Tamponade vor sich gehen zu lassen! (Dieser Ansicht pflichten die meisten Geburtshelfer nicht bei. Ref.) Sub partu wird der Blasensprengung und der kombinierten Wendung nach Braxton Hicks vor der Metreuryse der Vorzug gegeben, für die Klinik, wohin möglichst alle Placenta praevia-Fälle gehörten, dem Kaiserschnitt, wenn der Fall ununtersucht und untamponiert eingeliefert wird.

Klien (Leipzig).

454. Zur Therapie der Placenta praevia; von J. Wendt. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1481.)

Jeder Fall von Placenta praevia soll am „zweckmäßigsten sofort bei der ersten Schwangerschafts- oder Geburtsblutung tamponiert (Vaginaltamponade) und in klinische Behandlung gebracht werden. Hier soll bei anhaltender Blutung die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden mittels Hegarscher Dilatation (bis 1 Finger Durchgängigkeit), mit Vaginaltamponade, Blasensprengung oder Metreuryse, je nach Lage des Falles. Am geeignetsten für die klinische Behandlung ist die Metreuryse mit eventuell sofortigem Anschluß von Wendung; Extraktion aber nur bei völlig erweitertem Muttermunde, und nur nach Einlegen des allergrößten Metreurynters, aber immer noch unter Berücksichtigung der Größe des Kindes im Verhältnis zu dem Muttermunde. Nach Beendigung der Geburt sind besonders die stark ausgebluteten Frauen durch sofortigen Credé und die prophylaktische Uterovaginaltamponade zu retten. Für total ausgeblutete Fälle kommt als letzte Rettung der klassische Kaiserschnitt in Betracht. Zur Blutstillung post partum, falls Zervixnaht und feste Uterovaginaltamponade ohne Erfolg sind, Porrosche Operation oder sofortige Unterbindung der beiden Arteriae hypogastricae und spermaticae durch Laparotomie. Die nach diesen Behandlungsgrundsätzen erzielten Resultate betrugen 3,7% mütterliche und 35,4% kindliche Mortalität. Es besteht die berechtigte Hoffnung, diese an und für sich guten Erfolge bei einer besseren Ausbildung von Technik und Indikationsstellung für die Zukunft weiter verbessern zu können.

Ebeler (Köln).

455. Zur Einschränkung der manuellen Plazentarlösung; von M. Traugott. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 427. 1917.)

Die Lösung der Plazenta beruht auf einer zunehmenden Inkongruenz der Größe der Haftfläche und der Plazenta selbst. Gewöhnlich wird diese herbeigeführt durch die Kontraktionen der Gebärmutter. Man kann aber auch umgekehrt die Größe (und Schwere) der Plazenta vermehren dadurch, daß man in die Nabelschnurvene sterile physiologische Kochsalzlösung injiziert. Dies geschieht durch Einbinden geeigneter Glaskanülen und Spritze. 200—300 ccm, aber auch in Absätzen bis zu 3 Liter wurden injiziert. Die Methode wurde mit Erfolg angewendet sowohl bei Fällen von Plazentarretention infolge mangelhafter Ablösung *ohne* Blutung, als vor allem auch *mit* Blutung. In 8 Fällen konnte so die Blutung zum Stehen gebracht werden, nachdem Credé ein- oder mehrmals mißlungen war; es wurde so die manuelle Lösung erspart. In einem Falle handelte es sich um eine beginnende Inversion des Uterus. Auch bei Störungen in der Ausstoßung, besonders von Tubeneckenplazenten oder Hornplazenten, war das Verfahren erfolgreich. — Es soll also, wenn die Indikation zur Beendigung der dritten Geburtsperiode gegeben ist, erst Credé, eventuell mehrmals in Pausen versucht, dann die Kochsalzfüllung der Plazenta ausgeführt werden. Man tue gut, der Asepsis wegen, das mütterliche Nabelschnurende prinzipiell in sterile Gaze zu hüllen. Mortalität und Morbidität war = 0. Auf jeden Fall verdient das Verfahren nachgeprüft zu werden.

Klien (Leipzig).

456. Herodine, een nieuw middel ter vermindering van de pijn bij de baring; door M. de Wildt. (Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 8. S. 437. 1917.

Kurze geschichtliche Übersicht der bisher gebräuchlichen Anästhesierungsverfahren während der Entbindung. Herodin ist analog dem von v. Herff angegebenen Tachin (Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 21), mit dem de W. nicht die guten, von Hüssy publizierten Erfolge erreichen konnte. Die Erfahrungen mit dem Herodin (Heroin-Dial) an der Leidener geburtshilflichen Universitätsklinik waren dagegen recht gute. In 70 Fällen war eine deutliche Schmerzverminderung, in 27 eine geringere Schmerzlinderung festzustellen; dagegen versagte das Mittel in 20 Fällen. Ganz schmerzlos verliefen 3 Fälle. Stärke und Dauer der Wehen wurden nicht beeinflußt. Alle Patientinnen, ohne Ausnahme, waren ruhig während der Wehenpause. Die Dammrißnaht wurde merkbar weniger schmerzhaft. Lamers (Herzogenbusch).

457. Über Schwierigkeiten beim Stillen und deren Überwindung; von R. Th. v. Jaschke. (Med. Klin. 1917. Nr. 26. S. 699.)

Ein sehr belehrender Aufsatz, dem reiche Erfahrung zugrunde liegt. *Von der mütterlichen Brust* gehen folgende Stillschwierigkeiten aus: 1. *Unterergiebigkeit der Brust* (Hypogalaktie), wird viel zu häufig diagnostiziert; oft nur verzögertes Einschießen der Milch, das erst am 5. bis 6. Tage erfolgt. Man muß sämtliche Mahlzeiten an mehreren Tagen hintereinander wiegen, andere Ursachen für mangelhafte Nahrungsaufnahme ausschließen. Therapie: jedesmalige maximale Entleerung der Brust und allmähliche Steigerung der Ansprüche an die Brust. Hierfür am besten saugkräftiges Kind eventuell mit temporärem Ammentausch im Hause der Partei. Anwendung der v. J.schen Milchpumpe besser als das Melken. Auch Biersche Stauung 2—3mal täglich für 10 bis 20 Minuten, bis Milch aus der Brust hervorspritzt. Spezifische Laktagoga gibt es nicht, doch ist die Anwendung von Nährmitteln brauchbar. Hormonale für Milchbildung gibt es auch noch nicht. — 2. *Warzenschrunden* geben unter keinen Umständen eine Kontraindikation gegen das Stillen ab; bei heftigen Schmerzen Warzenhütchen „Infantibus". Nur ganz selten ist vorübergehendes Aussetzen auch mit dem Saughütchen nötig, dann aber Melken oder Pumpen. Beste Therapie der Schrunden ist nichts machen. Nur bei tiefergehenden keilförmigen Rissen Bestreichen mit Jodtinktur oder 5—10proz. Höllensteinlösung oder gleichstarkem Tanninglyzerin. — 3. *Mastitis:* Anlegen, so lange die Milch eiterfrei ist; aber auch ein wenig Eiterbeimengung zur Milch schadet nichts. — 4. *Formfehler der Warzen:* bei fast allen Formfehlern ist das wichtigste Heilmittel der konsequent

durchgeführte Stillversuch. — 5. *Schwergiebigkeit der Brust*, allgemeine und partielle nur gegen Zug oder nur gegen Druck. Es besteht kein kausaler Zusammenhang zwischen Schwer- bzw. Leichtgiebigkeit und Produktionsgröße einer Brust. Betreffs der Schwergiebigkeit entscheidet nur der Versuch. Auch hier konsequent durchgeführter Stillversuch oder Milchpumpe, Biersche Stauung.

Von seiten des Kindes. 1. Trinkschwäche: die Kinder fassen und machen zunächst lebhafte Saugbewegungen, ermüden aber bald. Zeichen von Unbefriedigtsein fehlen vollständig. Sie kommt bei debilen, aber auch bei normalwichtigen Neugeborenen vor. Im ersteren Falle eventuell Fütterung mit dem Löffel. Handelt es sich um normale Kinder, dann lagen meist Gesicht- oder Beckenendlagen vor, die mittels Veit-Smellie entwickelt wurden (Trauma). Hält bei diesen Kindern die Trinkschwäche länger als 4—5 Tage an, dann Milchpumpe und Flasche oder Löffel. — *Trinkfaulheit:* nach Geburten mit Weichteilschwierigkeiten oder mit Kunsthilfe. Die Kinder schlafen immer wieder ein. Therapie: Verlängerung der Trinkpausen, eventuell mit Verzicht auf eine ausgedehnte Nachtpause, um Unterernährung zu vermeiden. — 3. *Saugungeschick:* die anfänglich lebhaften Saugbewegungen geben keinen befriedigenden Erfolg (Kontrolle mit der Wage), dabei Unruhe und Zorn des Kindes; es muß unmittelbar nach der Mahlzeit der Rest ausgepumpt und dem Kind mit dem Löffel gereicht werden. Eventuell Vermehrung der Mahlzeiten. — 4. *Brustscheu* der Kinder: Hungern lassen, Einspritzen von etwas Milch bei Beginn der Mahlzeit. — 5. *Mechanische Saughindernisse:* selbst bei Wolfsrachen Stillversuch. Bei verstopfender Rhinitis eventuell Löffel. Klien (Leipzig).

458. **Ein Fall von tödlichem Herzblock in der Geburt, nebst Bemerkungen zur Frage „Herzkrankheiten" und Schwangerschaft;** von H. Freund. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 1. S. 175. 1917.)

Bei einer 36jährigen kräftigen Frau wurde in der 7. Schwangerschaft, nachdem sie 6 Geburten gut bestanden hatte, ein Mitralfehler festgestellt, ohne Kompensationsstörungen, aber mit tiefen Ohnmachtsanfällen mit Bewußtseinstrübung (Überleitungsstörungen, partieller Herzblock). Es kam zur Frühgeburt im 6. Monat. In den ersten 10 Wochenbettstagen nach der 7. Geburt wieder Adams-Stockesche Symptome. Dieselben traten auch während der 8. Schwangerschaft oft auf, ebenso während der wieder im 6. Monat erfolgenden Frühgeburt. Puls 38, alle 2 Schläge aussetzend, Jugularvenenpuls frequenter. Schließlich epileptiforme Krämpfe und plötzlicher Tod am Tage nach der Geburt. Leider keine mikroskopische Untersuchung des Reizleitungssystems. Koronarsklerose lag makroskopisch nicht vor. — Solche Fälle plötzlichen Todes während der Gestation sollten in Zukunft zu exakter Untersuchung des genannten Systems auffordern. Es dürfte dann ein ganz neues Licht auf dieselben fallen. — Übergehend zu der Frage der Bedeutung der Herzkrankheiten überhaupt für die Schwangerschaft lehnt F. zunächst die Einteilung Jaeschkes u. a. ab, in „reine" Klappenfehler und solche mit gleichzeitiger Erkrankung des Herzmuskels, ebenso die Fellner-Schautasche Lehre mit der daraus resultierenden viel zu geringen Zahl der Todesfälle infolge Herzfehler während der Gestation. Es bleiben nicht $^6/_7$ aller Vitien während der Gestation unerkannt! Mit 12—15% Mortalität habe man bestimmt zu rechnen. Es scheine die rezidivierende Endokarditis infolge oft wohl auch leichter Infektionen eine große Rolle zu spielen. Trotz der großen Differenz der Meinungen bez. der Klinik und Prognose, herrscht Übereinstimmung bez. der *Therapie:* kompensierte Vitien ohne Komplikationen erfordern kein Einschreiten, dekompensierte dagegen Unterbrechung der Schwangerschaft bez. Beschleunigung der Geburt, wenn die interne Behandlung versagt, ebenso komplizierende Erkrankungen, besonders infektiöse. Für die Fälle von Störungen im Atrioventrikularsystem dürfte zunächst Physostigmin (2mal täglich 1 mg und $^3/_4$ mg Atropin subkutan, letzteres allmählich auf je $^1/_4$ mg vermindert) indiziert sein. Falls es sich bestätigen sollte, daß die Wehen den Herzblock herbeiführen, dann soll der künstliche Abort, wenn indiziert, wie bei anderen Herzfehlern ohne Narkose in einer Sitzung mittels stumpfer oder schneidender Dilatation des Kollum herbeigeführt werden, oder per laparotomiam mit Eröffnung der Uterushöhle und gleichzeitiger tubarer Sterilisierung. Gleiche Prinzipien bei Ausführung der künstlichen Frühgeburt und der rechtzeitigen Geburt (Kaiserschnitt). Erfahrungen sind noch zu sammeln. Klien (Leipzig).

459. **Fortschritte in der konservativen Geburtshilfe;** von G. Grünbaum. (Würzb. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. 17. H. 9. 1917.)

3 Hauptforderungen werden aufgestellt: Einschränkung der inneren Untersuchung durch Hebammen und Ärzte. G. führt den Beweis an einem Material von über 1000 Fällen, daß in 80% der Fälle jede innere Untersuchung unterbleiben kann. — Einschränkung der Zangenoperation wird ermöglicht durch Verwendung von Hypophysenpräparaten. — Aufgeben der forcierten Schnellentbindung bei Eklampsie durch Anwendung des Verfahrens nach Stroganoff-Zweifel (Aderlaß). Klien (Leipzig).

VIII. Haut- und Gechlechtskrankheiten.

Hautkrankheiten.

460. **Über Beobachtung der Hautkapillaren und ihre klinische Bedeutung;** von E. Weiß und O. Müller. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 609.)

Nach Sichtbarmachung der Hautkapillaren an den Endphalangen und Zehen durch mikroskopische Betrachtung der Haut unter kräftigem auffallenden Licht nach Transparentmachen der Haut durch Betupfen mit beliebigem Öl konnten W. u. M. eine Reihe pathologischer Veränderungen der Kapillaren sowie der in ihnen herrschenden Blutströmungen nachweisen, so bei vielen Kreislaufstörungen, bei Arteriosklerose, Präsklerose usw. Cordes (Berlin).

461. **Moderne Lichtbehandlung in der ärztlichen Praxis;** von Disqué. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 10. S. 356.)

Für die Wundbehandlung, die Behandlung des ganzen Körpers, von Neuralgien, Gicht und Rheumatismus eignen sich am besten das Bogenlampenlicht des Scheinwerfers und vor allem die Aureollampe, weil bei diesen die rötlichgelben Strahlen vorhanden sind, welche dem Quecksilberquarzlichte fehlen. Dies wiederum übertrifft erstere an Gehalt

ultravioletter Strahlen und eignet sich deswegen besser zur Behandlung von Hautkrankheiten.
Brauns (Dessau).

462. **Erfahrungen mit der „Siemens-Aureollampe“**; von Ulrichs und O. Wagner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 556.)

Die Lampe wurde verwendet zur Behandlung von Haut- und Weichteilwunden, Knochenfisteln, Hauterkrankungen sowie bei Rheumatikern, Tuberkulösen und bei Schwächezuständen, und U. u. W. gewannen den Eindruck, daß die Heilungsdauer abgekürzt wurde, nur bei wenigen Kranken konnte von einem günstigen Einflusse nicht gesprochen werden. Lampenabstand 75 cm, mit Steigerung bis zu 40 cm. Anfangsdauer 10 Minuten, bei Ekzem nur 5, jeden folgenden oder zweiten Tag um 5 Minuten steigend. Nicht länger als 30 Minuten. Brauns (Dessau).

463. **Fünfjährige Ergebnisse der filtrierten Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten**; von F. M. Meyer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 33. S. 1043.)

Theoretische Überlegungen und praktische Erfahrungen befürworten die Anwendung harter, filtrierter Strahlen in der Röntgenbehandlung dermatologischer Affektionen, als deren wesentlichster Vorteil das Auseinanderrücken der toxischen und der therapeutisch wirksamen Dosis anzusehen ist. Praktisch gestaltet sich z. B. die bleibende Epilation jetzt so, daß in einer einzelnen Sitzung 3 Volldosen einer durch 4 mm gefilterten Strahlung gegeben werden, nach 6 Wochen die zweite Sitzung, nach weiteren 8 Wochen eine dritte Bestrahlung bei stets gleichbleibenden Strahlenmengen vorgenommen wird. M. empfiehlt zur Dosierung besonders das Fürstenausche Intensimeter, dessen Zusatzskala auch objektiv die vorhandene Härte abzulesen gestattet. Kautz (Hamburg-Eppendorf).

464. **Über Allergie bei Hauterkrankungen**; von W. Lutz. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 48. S. 1601.)

L. schildert in seiner Antritts-Vorlesung die allergischen Vorgänge in der Haut, ausgehend von der Trichophytie und Trichophytin-Impfung. Ähnlich ist das Verhalten bei der Tuberkulose, wo die Tuberkulide als durch Allergie bedingte veränderte Reaktionserscheinungen anzusprechen sind. Auch gehören hierher die Idiosynkrasien, Sensibilisierungen gegen Eiweißkörper und Arzneimittel. Es ist wahrscheinlich, daß eine Zellveränderung die Ursache dieser interessanten und wichtigen Vorgänge bildet.
Brauns (Dessau).

465. **Betrachtungen über Hautentzündung und Kriegserfahrungen bei Hautkrankheiten**; von F. Hammer. (Württemb. Korr.-Bl. Bd. 87. Nr. 27. S. 299. 1917.)

Der Körper entledigt sich eingedrungener Schädlinge: 1. durch die akut-eliminatorische Entzündung: Durch rasche Aufbietung sofort verfügbarer Kräfte sucht der Organismus sich im ersten Ansturm der ihn belästigenden Eindringlinge zu entledigen. Gelingt dies nicht, dann sucht er 2. den Infektionsherd durch Entzündungsprodukte möglichst einzuwallen und von der Umgebung abzuschließen, um auf diese Weise die Mikroorganismen an weiterem Vordringen zu hindern: abschließende oder einkapselnde Entzündung (Beispiel: Furunkel). Die Infektion haftet leichter bei Individuen mit exsudativer Diathese, bei denen man auch öfter eine gewisse Labilität im Gefäßsystem erkennen kann. H. schließt hieran allgemeine Regeln für therapeutische Maßnahme, die für ein kurzes Referat sich nicht eignen. Brauns (Dessau).

466. **Über symptomatische Exantheme.** *Kasuistische Mitteilung*; von A. Kühn. (Med. Klin. 1917. Nr. 44. S. 1164.)

K. berichtet über Erythem nach Tetanusschutzimpfung, Furunkulose und pyogenes Exanthem nach Schrapnellsteckschuß, sowie über makulöses Exanthem nach Revakzination und Choleraschutzimpfung mit Fallgeschichten. Cordes (Berlin).

467. **Een geval van urticaria pigmentosa**; door J. B. Stalling-Schwab. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1977.)

Ausführlich beschriebener klinisch beobachteter Fall bei einem übrigens gesunden Knaben von 9 Monaten. Auch der histologische Befund wird ausführlich mitgeteilt. Abnorme Pigmentanhäufung im Stratum germinativum und Mastzellen im Korium und Unterhautbindegewebe vorhanden, obschon nicht in so großen Mengen wie häufig beschrieben. Ursache unbekannt; Prognose günstig; Behandlung erfolglos.
Lamers (Herzogenbusch).

468. **Über einen Fall von Haut-Blastomykose**; von W. Dössekker. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 39. S. 1257.)

Ein klinisch unklarer Fall von entzündlichen Granulationsgeschwülsten, deren Fisteln ein hefezellenhaltiges Sekret lieferten, während Hefe im Gewebe nicht mit Bestimmtheit nachgewiesen werden konnte. Die Hefe konnte auf Glyzerin-Kartoffeln rein gezüchtet werden und erwies sich gegenüber Rohr- und Traubenzucker energisch gärungsfähig.
Brauns (Dessau).

469. **Daten zum Krankheitsbild der sogenannten spontanen Hautgangrän**; von H. Géber. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 41. S. 985.)

4 bereits im Orvosi Hetilap in ungarischer Sprache veröffentlichte Krankengeschichten spontaner Hautgangrän am Penis, Unterschenkeln oder Oberarm, als Ergänzung zu Küttners Schilderung.
Brauns (Dessau).

470. **Hypertrichosis bei Ischiadikus-Läsionen**; von A. Schüller. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 46. S. 2038.)

Bei einer hochsitzenden Verletzung des linken Ischiadikus infolge Transversalschusses durch die linke Gesäßhälfte fand sich eine handtellergroße Gegend dichter Hypertrichosis im Bereich der äußeren Hälfte der Gesäßbacke. Ganz denselben Befund bot eine seit 2 Jahren bestehende Ischias. Jolly (Halle).

471. **Über seltene Kopfhauterkrankungen**; von L. Mèrian. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 29. S. 944.)

Ein Fall von Cutis verticis gyrata und ein Fall von Alopécie atrophiante pseudopelade (Brocq), als deren Anfangsstadium die von Dreuw beschriebene Alopecia parvimaculata anzusehen ist.
Brauns (Dessau).

472. **Die Behandlung der Seborrhoë und des Haarausfalles mit Streupulver**; von L. v. Zumbusch. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 414.)

v. Z. empfiehlt Einstäuben des Kopfes mit Sulf. praecip. 40,0 + Amyl. oryz. 50,0 + Plv. rad. Ir. Flor. 10,0 jeden vierten Tag. Am nächsten Morgen Entfernung des Pulvers mit weicher Bürste, Auswaschen mit spirituösem Haarwasser mit Salizyl. Resorzin. oder Tt. Capsic. Damit auch zwischendurch den Kopf eintupfen.
Brauns (Dessau).

473. **Ein Fleckfieberfall mit Gesichtsexanthem**; von E. Martini. (D. med. Woch. 1917. Nr. 36. S. 1140.)

Der Kranke, den M. als sicher mit Fleckfieber behaftet ansieht, war interessant, weil bei ihm ein *über den ganzen Körper* verbreitetes Exanthem von tiefdunkelblaurötlichen hirsekorn- bis linsengroßen, zum Teil konfluierenden Flecken vorhanden war.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

474. **Zur Bekämpfung der Weiterverbreitung der Herpes tonsurans-Epidemie**; von E. Saalfeld. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1239.)

Neben strenger Untersuchung aller aus dem Felde kommenden Militärpersonen wünscht S. strikte Durchführung hygienischer Maßnahmen in den Barbierstuben. Die zu erlassenden Maßnahmen müssen von berufenen Hygienikern und Dermatologen gemeinsam beraten werden. Brauns (Dessau).

475. **Die Behandlung der Impetigo contagiosa, impetiginöser und anderer Ekzeme mit Trockenpinselungen**; von H. Aron. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 33. S. 801.)

Statt der beliebten Lassarschen roten Salbe empfiehlt A. bei Impetigo eine Trockenpinselung folgender Zusammensetzung: Hydrarg. sulf. rubr. 0,5, Talc., Sulf. sublim. ana 12,0, Mfplv. Adde Perkaglyzerin 5,0, Aq., Spirit. ana ad 50,0. Dasselbe Umschütteln. Die befallenen Stellen müssen von einer festen Kruste der Aufpinselung vollständig überdeckt sein. Die zarte gerötete Haut, nach Abfall der Borken und Krusten wird bedeckt mit einer Zinktrockenpinselung: Zinc. oxyd., Sulf. praecip., Talc., Perkaglyzerin ana 5,0, Spirit., Aq. ana 20,0. Dasselbe Umschütteln. Mit dieser selben Zinktrockenpinselung werden auch trockene und krustöse Ekzeme exsudativer Kinder behandelt, ebenso Intertrigo, besonders am Halse, während für die „faulen Ecken" der Mundwinkel gleichzeitig eine Argentum-Ätzung besser wirkt: Bismuth. subgallic. 5,0, Zinc. oxyd., Talc., Perkaglyzerin ana 10,0. Sol. Arg. nitr. 0,3 : 30,0. D. ad vitr. nigr. S. Umschütteln. Brauns (Dessau).

476. **Beitrag zur Lehre vom Ekzem**; von Br. Bloch. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 39. S. 1250.)

Bei einem Mediziner, der mit Formol arbeitend an den Fingern ein Ekzem bekommen, entstanden bei innerlicher Verabreichung von Urotropin neue Ekzemherde an den Ellenbogen, während unter Teerbehandlung die Finger abheilten. Bei Aussetzen des Urotropins verschwanden die anderen Herde auch wieder. Anlaß zu diesem Versuche gab die Beobachtung, daß Jod innerlich verabreicht, gleiche Wirkungen bei einer Luetika gezeigt hatte. Bl. meint, daß damit zum ersten Male der Beweis geliefert wird, daß ein Ekzem auf hämatogenem Wege, durch experimentelle Einverleibung einer ganz bestimmten, chemisch genau definierten Substanz, entstehen kann. Einwandfreier wäre nach Ansicht des Referenten der Versuch allerdings gewesen, wenn erst nach völliger Abheilung des Fingerekzems das Experiment begonnen worden und geglückt wäre. Brauns (Dessau).

477. **Quelques localisations rares de Teignes de la peau glabre**; par Du Bois. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 39. S. 1265.)

Du B. ist der Ansicht, daß Reibung der Kleidung die Lokalisation der scherenden Flechten an der unbehaarten Haut begünstigt; Beginn von einem Haarfollikel aus. Brauns (Dessau).

478. **Behandlung von Psoriasis mit Tuberkulomuzin**; von F. Weleminsky. (Wien klin. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1445.)

Von 9 mit Tuberkulomuzin behandelten Psoriasisfällen erwiesen sich 2 als refraktär, heilten 3 nach 4—8 Injektionen von 4—6 mg überraschend leicht. W. sieht die Erklärung dafür darin, daß ein großer Teil der Psoriasisfälle tuberkulösen Ursprungs sei.
Brauns (Dessau).

479. **De waarde van den tuberculoieden bouw voor de dermatologische diagnose**; door W. L. L. Carol. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 14. S. 1201.)

An der Hand eines selbstbeobachteten und genau in allen Einzelheiten studierten Falles kommt C. zu folgenden Schlüssen: Langhanssche Riesenzellen und tuberkuloiden Bau findet man auch bei anderen Erkrankungen als Tuberkulose; höchstwahrscheinlich spielt dabei der Tuberkelbazillus keine direkte Rolle. Den typischen tuberkuloiden Bau findet man jedoch am häufigsten bei Tuberkulose und bleibt ein wertvoller Beweisgrund für die Diagnose. Das typische histologische Bild unterstützt in einem bestimmten Falle die Diagnose. Das Nichtfinden von Bazillen hat ebensowenig Beweiskraft wie eine negative Tierprobe. Das Finden von Langhansschen Riesenzellen zwingt zur weiteren Untersuchung auf Tuberkulose, trotzdem sie für diese Erkrankung nicht spezifisch sind.
Lamers (Herzogenbusch).

480. **Die Kupfersalbenbehandlung des Lupus vulgaris hat keine Vorzüge vor älteren Methoden**; von Werther. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1136.)

Intravenöse Verabreichung der Kupferslösung nach Strauß hat keinen Einfluß auf den Lupus; die Wirkung der Kupfersalbe war die einer Ätzsalbe mäßiger Güte, dabei sehr schmerzhaft.
Brauns (Dessau).

481. **Die Anwendung der Deycke-Muchschen Titrierung und Immuntherapie bei Hauttuberkulose**; von L. Spitzer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1132.)

Sp. beschreibt das Verfahren der Titrierung, wie er es an 107 Fällen in der „Heilstätte für Lupuskranke" in Wien ausgeübt hat. Es ist die Titrierung nach Deycke-Much bei Hauttuberkulose eine gänzlich gefahrlose Untersuchungsmethode, die recht differente Ergebnisse zeigt, die mit der Konstitution der Kranken oft im unerwarteten Gegensatz steht. Das Titrierergebnis erklärt häufig den günstigen oder ungünstigen Verlauf der Erkrankung. Seine prognostische Verwertung dürfte in vielen Fällen wertvolle klinische Anhaltspunkte geben. Die Antigeninjektion hat in einzelnen Fällen einen anscheinend günstigen Einfluß auf den Verlauf der Hauttuberkulose gehabt. Brauns (Dessau).

482. **Erfolge und Aussichten der Chemotherapie des Lupus;** von A. Strauß. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 40. S. 963.)

Nach Str.s bisher gewonnenen Erfahrungen scheint ihm in den Kupferpräparaten und besonders im Lecutyl ein spezifisch wirkendes örtliches Heilmittel nicht nur gegen den Lupus, den es wegen seiner Ungiftigkeit auch in großen Flächen zu behandeln gestattet, sondern auch gegen die Schleimhaut- und chirurgische Tuberkulose gewonnen zu sein. Kombiniert mit Lichttherapie zur Hebung der Abwehrvorrichtungen des Organismus dürfte ein einfaches Heilverfahren gewonnen sein, welches auch in schweren Fällen mit einer bedeutenden Ersparnis an Zeit und Kosten zu guten Resultaten führt. Auch scheint das Kupfer die immunisatorischen Kräfte des Organismus spezifisch zu beeinflussen, so daß ein Weg zur prophylaktischen Bekämpfung der Skrofulose im Kindesalter gegeben wäre; Kupfer scheint den Antikörpergehalt des Blutes zu steigern. Brauns (Dessau).

483. **Ungelöste Probleme der Lepra-Forschung;** von R. Kraus. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1253.)

Die Kultivierbarkeit des Leprabazillus, die Übertragbarkeit der Lepra auf Tiere, der Mechanismus der Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch, die biologische Diagnostik der Lepra und ihre ätiologische Prophylaxe und spezifische Behandlung sind noch ungelöste Probleme. Da die Lepra nicht nur in Argentinien, wo Kr. wirkt, sondern in Südamerika überhaupt Fortschritte gemacht hat, so wollte Kr. durch seinen Hinweis den im September 1917 tagenden südamerikanischen Mikrobiologiekongreß veranlassen, für die verschiedenen südamerikanischen Institute einen gemeinsamen Arbeitsplan zu entwerfen, nach dem diese Probleme angegriffen werden könnten.
Brauns (Dessau).

484. **Zur Frage der diagnostischen Serumreaktion bei Lepra;** von A. Sordelli und H. Fischer. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1256.)

Versuche mit der Koagulationsreaktion nach Klinger-Hirschfeld und der Komplementablenkungsreaktion mit Tuberkulin. Positiver Ausfall der Wassermannschen Probe und der Gerinnungsreaktion bei negativem Komplementablenkungsversuch mit Tuberkulin weisen auf Lues hin, während positive Wassermannsche Reaktion bei negativer Gerinnungsreaktion und positivem Tuberkulinversuch auf Lepra schließen lassen. Zeigt ein Serum bei allen drei genannten Reaktionen positiven Ausfall, so erscheint neben Lepra das Vorhandensein einer syphilitischen Infektion wahrscheinlich. Brauns (Dessau).

485. **Über einen Fall von Quinckeschem Ödem und Urticaria mit fieberhaftem Verlauf;** von J. E. Kayser-Petersen. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1366.)

Fallgeschichte, die interessant ist durch das Fehlen einer auslösenden Ursache und völlig intaktes Nervensystem, sowie durch den seltenen fieberhaften Verlauf.
Cordes (Berlin).

486. **Opsonogenbehandlung der Furunkulose;** von H. Rahm. (D. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1619.)

Bei Furunkel, Karbunkel, allgemeinen Furunkulosen sah R. von der *Opsonogenbehandlung* (Impfung) *ausgezeichnete Erfolge.* Die Behandlungsdauer wird erheblich verkürzt. Bei allgemeinen Furunkulosen wurde nach Abheilung des Prozesses prophylaktisch noch einige Male injiziert. R. bevorzugt die intravenöse Injektion, doch genügt die subkutane Anwendung vollkommen. Intravenöse Gaben von selbst 3000 Millionen Staphylokokken sind vollkommen gefahrlos und werden reaktionslos vertragen. Für hohe Dosen ist wegen des größeren Volumens intravenöse Injektion vorzuziehen. Die geringen klinischen Reaktionen läßt man abklingen, ehe eine neue Injektion angewandt wird. Besserung nach 24 Stunden deutlich. — Aknefälle wurden nur gebessert.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

487. **Pferderäude beim Menschen;** von Nußbaum. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1033.)

An Unterarmen, Oberarmen und Nacken finden sich entzündliche, meist aufgekratzte, mit krustigen Borken bedeckte Knötchen. Der Verlauf ist milder als der der Krätze, die Behandlung der der Skabies ähnlich. Brauns (Dessau).

488. **Zur Behandlung der auf den Menschen übertragenen Pferderäude;** von Paetsch. (D. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1294.)

P. läßt die Kranken mit Heißluft (Entlausungsofen) und Einreibung von Perugen oder Schwefelsalbe behandeln — in schweren Fällen 3mal mit je einem Tage Pause —. Prophylaktisch wirkte Petroleum nicht sicher. Vor dem Dienst sollen die Arme mit 20proz. Schwefelsalbe oder 25proz. Perugensalbe eingerieben und dies abends nach vorheriger Waschung wiederholt werden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

489. **Über eine eigenartige Melanose;** von G. Riehl. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 25. S. 780.)

R. beschreibt eine Melanose, die trotz verschiedener Ähnlichkeiten keiner der bereits bekannten zugezählt werden kann. Dunkle Bräunung der Haut (schwankend zwischen der verwitternder Bronze und Schokoladenfarbe) des ganzen Gesichts, vornehmlich Stirn, Jochbein- und Schläfengegend, weiter Ohren, Hals, Nacken, gegen den Thorax zu Auflösung der diffusen Verfärbung in hirsekorn- bis hanfkorngroße, follikuläre Knötchen. An Händen, Streckseiten der Vorderarme, Achselfalten, unter der Mamma, am Nabel in den Leisten ist die Lokalisation seltener. Kein Jucken, keine Allgemein- oder Organerkrankung, allmähliche Entstehung meist unmerklich. Keine Lichtwirkung, keine chemischen Ursachen nachweisbar; Mangel akuter Entzündungserscheinungen. In den oberen Anteilen des Koriums und der Papillarschicht dichte Rundzelleninfiltration, mit großen Kernen und wenig Protoplasma. In der Kutis intensiv pigmentierte Zellen eingestreut, unter der Papillenbasis meist eine bandförmige Zone bildend. Die Elastika zeigt senile Veränderungen; Epidermis wenig Pigment. R. stellt die Vermutung auf, daß die Affektion zwischen Arsenmelanose und Pellagra zu stellen sei, indem möglicherweise infolge unreiner Beimengungen beim Brotmehl toxische Prozesse Platz gegriffen haben, die ähnlich wie bei der Pellagra auf bei der Erhitzung unzerstört bleibende giftige Körper zurückzuführen seien.
Brauns (Dessau).

490. **De la réparation des substances cutanées par des semis dermo-epidermiques;** par P. Alglave. (Presse méd. 1917. Nr. 41. S. 419.)

Um große Hautdefekte in kurzer Zeit zu überhäuten und schöne Narben zu gewinnen, empfiehlt A.

folgendes Vorgehen: Er macht in der Granulationsfläche eine große Anzahl kleine Löcher von etwa 1 cm Durchmesser bis auf den festen Widerstand von Muskel oder Aponeurose, etwa $1^1/_2$ cm voneinander entfernt. Jedes Loch wird gefüllt mit einem Stückchen Haut von 6—8 mm Durchmesser, das er soweit wegpräpariert, bis er auf den Boden eine grauweiße Fläche mit kleinen Bluttröpfchen sieht. Am liebsten nimmt er diese Stückchen aus den Flanken derselben Person. Die transplantierte Fläche wird verbunden mit ausgekochtem Taffet, das täglich erneuert wird, und bedeckt mit einem Verband aus Watte und Gaze. Die Erfolge sind glänzend. Lamers (Herzogenbusch).

Geschlechtskrankheiten.

491. **Ein Fall von schwerem tertiärsyphilitischem Phagedänismus des männlichen Genitale. Heilung durch kleine Dosen Jodkalium und örtliche Behandlung mit Boluphen;** von I. Bloch. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 12. S. 1240.)

Der mehr als 3 Jahre bestehende Fall begann mit dem Augenblick abzuheilen, wo die Jodkalidosis herabgesetzt, die Quecksilberbehandlung ganz unterbrochen und nur lokale Boluphenbehandlung fortgesetzt wurde, bei gleichzeitiger roborierender Milchdiät.

Brauns (Dessau).

492. **Zum Spirochätennachweis bei Syphilis;** von W. Thoms. (D. med. Woch. 1917. S. 977.)

Die Spirochäten besitzen eine erhebliche Resistenz gegen Formverlust, so daß noch nach Tagen und Wochen in angetrocknetem Material nach Aufweichen die Spirochäten in gut erhaltenen Konturen sichtbar gemacht werden können. Solche Spirochäten können im Dunkelfeld nachgewiesen werden. Es sind dann häufig dabei gewisse Bewegungserscheinungen der Spirochäten zu erkennen, von denen es noch nicht klargestellt ist, ob es sich um wirkliche Eigenbewegungen handelt. Koenigsfeld (Freiburg).

493. **Ein Beitrag zur Röntgendiagnostik der Lungensyphilis;** von F. Deutsch. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. S. 541. 1917.)

D. beschreibt einen Fall von Lungensyphilis, der mehrmals röntgenologisch untersucht wurde und autoptisch bestätigt werden konnte. Der im Röntgenbild beobachtete keilförmige Mittelschatten entsprach einer dichten pleuritischen Schwarte plus den verdickten Bronchialwänden und den mit Sekret gefüllten Höhlen; die Basis des Schattens war dem Hilus zugekehrt. Diese Form scheint die häufigste der Lungensyphilis der Erwachsenen zu sein als röntgenologisches Charakteristikum der chronisch interstitiellen sklerosierenden Form derselben mit Bronchiektasen.

Kautz (Hamburg-Eppendorf).

494. **Allgemeine Betrachtungen über die Syphilis und speziell über die Nervenlues;** von E. Jendrassik. (D. med. Woch. 1917. Nr 27. S. 840.)

Immunität und Heilprozeß (Bakteriolyse) sind beim Verlauf der Infektionskrankheiten stets voneinander zu unterscheiden. Die relative Größe dieser Reaktionen des Körpers und eine auch bei anderen Infektionskrankheiten bekannte Organaffinität erklärt die stets wechselnde Form der Lues und ihren zyklischen Verlauf. Hierbei entwickelt sich aber eine spezielle Organimmunität der einzelnen Organe, wodurch der Übertritt der Rezidive auf andere Lokalisationen erklärt wird. Eine wirkliche Nervenlues ist bloß die Tabes und die Paralyse, die übrigen Formen sind bloß luetische Erkrankungen der Gehirnhäute, der Gefäße, sie verursachen bloß sekundär Nervensymptome. Eine erfolgreiche Behandlung der Lues ist nur während des aktiven Rezidivs möglich, doch treten solche in den inneren Organen vom Patienten unbemerkt ein, weshalb diese zumeist verspätet beim Arzt Hilfe suchen. Es wäre also nötig, daß Infizierte häufig auf ihre Wassermann-Reaktion geprüft und von Internisten beobachtet werden. Brauns (Dessau).

495. **Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilis;** von P. Uhlenhuth und P. Mulzer. (Berl. klin. Woch. 1917. Bd. 54. S. 645.)

Die Verimpfung von Blut Syphilitischer des primären und sekundären Stadiums in die Hoden von Kaninchen ergab fast stets ein positives Resultat (Hodensyphilom). Verimpfungen von Blut von Patienten mit manifesten tertiären Erscheinungen war nur ganz ausnahmsweise positiv. Ein Parallelismus zwischen positivem Wassermann und einem positiven Ausfall der Blutimpfung scheint nicht zu bestehen.

Die Verimpfung einer spirochätenhaltigen Aufschwemmung (3—6 Spirochäten im Gesichtsfeld) gibt noch bei einer Verdünnung von 1 : 10 000 einen positiven Impferfolg. Bei stärkeren Verdünnungen verlängert sich die Inkubationszeit; die Intensität der bei den Impftieren erzielten syphilitischen Erkrankung nimmt progressiv mit der Verdünnung ab. Im strömenden Blut florid-syphilitischer Menschen scheinen Spirochäten nur in so geringer Anzahl vorhanden zu sein, daß kleinere Mengen (unter 1 ccm) oder stärkere Verdünnungen (unter 2 ccm 1 : 100) nicht imstande sind, beim Kaninchen eine Infektion hervorzurufen.

Bereits 8 Tage nach intraskrotaler Impfung eines Kaninchens mit spirochätenhaltiger Hodenaufschwemmung ist das Virus im Blute und nach 14 Tagen in den inneren Organen nachweisbar.

Das syphilitischen Menschen entnommene defibrinierte und bei Zimmertemperatur aufbewahrte Blut (Tageslicht) kann mindestens 48 Stunden lang infektiös bleiben. Koenigsfeld (Freiburg).

496. **Die Gerinnungsreaktion nach Klinger-Hirschfeld bei Syphilis;** von A. Sordelli und H. Fischer. 2. Mitteilung. (D. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 326.)

Vergleichende Untersuchungen bei 210 Sera von Syphilitikern und Nichtsyphilitikern gaben folgende Ergebnisse:

Anzahl d. Sera	Klinger-Hirschfeld	Wassermann
193	Übereinstimmung	
5	+ +	— —
9	— —	+ +
3	.	eigenhemmend
Anzahl d. Untersuch.	Anzahl d. übereinst. Ergebnisse beider Reakt.	Verschiedenheit der Ergebnisse
210	93,2 %	6,7 %

Kadner (Dresden-Loschwitz).

497. **Beiträge zu den serochemischen Syphilisuntersuchungen nach Bruck;** von Marmann. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 1487.)

Die neuerdings von Bruck angegebenen serochemischen Reaktionen bei Syphilis — Eiweißfällung im Serum mit Alkohol, bzw. Milchsäure — zeigen in ihren Resultaten eine größere Übereinstimmung mit der Wassermann-Reaktion als die Salpetersäurereaktion.

Sie geben aber bei Lues noch Versager und bei nichtluetischen Erkrankungen positive Resultate. In der Praxis sind sie daher diagnostisch in der augenblicklichen Form noch nicht verwertbar.

Koenigsfeld (Freiburg).

498. **Brucks serochemische Reaktion bei Syphilis;** von B. Sklarek und W. Levinthal. (D. med. Woch. Bd. 43. S. 720. 1917.)

In 425 Fällen ergab die Brucksche Reaktion nur in 63% Übereinstimmung mit der Wassermann-Reaktion. Koenigsfeld (Freiburg).

499. **Zur sero-chemischen Reaktion bei Syphilis nach Bruck;** von L. Auszterveil und J. Kallós. (D. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 589.)

Die Untersuchungen von A. u. K. lassen die von Bruck angegebene Methode der Syphilisdiagnostik gegenüber der Wassermann-Reaktion als weit weniger zuverlässig erscheinen. Sie ist in manchen gut ausgeprägten sekundären Luesfällen negativ und oft bei Gesunden positiv gefunden worden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

500. **Über die Gewichtsverhältnisse eines mit Salvarsan behandelten Syphilitikers unter der Kriegsernährung 1916 und 1917;** von W. Wechselmann. (Med. Klin. 1917. Nr. 46. S. 1216.)

Die Zusammenfassung ergibt den Schluß, daß die im Virchow-Krankenhaus in Berlin verabfolgte Kost ausreichend war, um eine Gewichtserhöhung herbeizuführen. Anders mit Hg behandelte Kranke hätten nicht ein so günstiges Resultat ergeben. W. sieht in dem günstigen Ergebnis einen Widerspruch gegen die Giftigkeit des Salvarsans. Cordes (Berlin).

501. **Spätexantheme nach Salvarsan-Natriuminjektion.** *Zugleich ein Beitrag zur viszeralen Frühlues;* von Glombitza. (D. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1452.)

2 Fälle von masern- bzw. scharlachartigem Spätexanthem; Hg-Exanthem war dabei mangels der typischen Erscheinungen des Merkurialismus auszuschließen, während für die Salvarsanwirkung die Beteiligung der Schleimhäute spricht. Da angenommen werden kann, daß sich, je nach Individualität, auch an den viszeralen Organen flüchtige oder leichte luetische Krankheitsprozesse gemäß der schnellen Verbreitung des Virus abspielen, wie das für das Nervensystem in frühen Stadien schon nachgewiesen ist, so ist die Folgerung naheliegend, daß im besonderen Falle diese Spätexantheme, im allgemeinen vielleicht noch manche andere Nebenwirkungen der Salvarsanpräparate, weder auf spezifischer Organschädigung seitens des Salvarsans, noch auf ätiologisch dunklen, idiosynkrasieähnlichem Zustand, sondern auf frühluetischen Organerkrankungen beruhen.

Brauns (Dessau).

502. **Fixes Neosalvarsanexanthem und Adrenalinwirkung;** von O. Nägeli. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 39. S. 1291.)

Erythematöses Neosalvarsanexanthem mit Konjunktivitis, das bei kleinen Dosen nach 20 Minuten schwand, bei etwas größeren Dosen länger anhielt. Das Wiederauftreten konnte durch Einspritzung von Adrenalin Clin, 5 Minuten vor der Infusion, je nach der Größe der Dosis verhütet oder wenigstens in kleinerem Umfange gehalten werden.

Brauns (Dessau).

503. **Über kombinierte Neosalvarsan-Quecksilberbehandlung der kongenitalen Lues;** von S. Samelson. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 10. S. 345.)

An der Kinderklinik in Straßburg wird kongenitale Lues mit intramuskulären Neosalvarsaninjektionen in Kombination mit Schmierkur bzw. bei Säuglingen mit Sublimatinjektionen behandelt. 0,15 Neosalvarsan für Säuglinge, bei sehr schwächlichen Kindern gelegentlich auch nur die Hälfte, bei älteren Kindern 0,3—0,45 Neosalvarsan wird, in 1—3 ccm Kochsalzlösung gelöst, in den äußeren oberen Quadranten der Glutäalmuskulatur injiziert; einige Tage später beginnt die Hg-Behandlung. Bei Lues tarda außerdem noch Jodkali. Die Sublimatspritzen werden in Mengen von 0,001—0,002 täglich bis zweitägig 6 Wochen lang verabfolgt. Öftere Wiederholung der Kuren ist erforderlich, um eine Dauerheilung zu erreichen. Infiltrate wurden nur sehr selten beobachtet; eine kurzdauernde Periode von Erbrechen und vermehrten dünnen Stuhlentleerungen ist nicht immer zu vermeiden. Überraschend schnelle Rückbildung der Erscheinungen. Brauns (Dessau).

504. **Über Nebenwirkungen des Quecksilbers und des Neosalvarsans bei kombinierter Behandlung;** von C. A. Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1029.)

Ein kombiniert behandelter Patient bekam, 14 Tage nach der letzten Salvarsangabe, ein typisches Hg-Exanthem. Ein zweites Exanthem bekam er infolge von Neosalvarsan, nachdem er 7 Tage lang nicht mit Hg in Berührung gewesen. H. meint, daß die vorhergehende Schädigung durch das Quecksilber die kleinsten Hautgefäße nun intolerant auch gegen Salvarsan gemacht habe. Brauns (Dessau).

505. **Die Vermeidung der Gefahren einer Salvarsanbehandlung;** von A. Stühmer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1295.)

Tabellarische Übersicht über die nach Salvarsan-Injektionen auftretenden Reaktionen und Schemata für kombinierte Kur mit Hg und Salvarsan bei Lues I bzw. II. Probe-Intervall von 10 Tagen nach der ersten Injektion! Brauns (Dessau).

506. **Der Einfluß des Salvarsans auf den Verlauf der Paralyse und Tabes;** von W. Treupel. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 39. S. 933.)

Nach den an der Jenaer Hautklinik gemachten Erfahrungen ergibt sich folgendes: I. Paralysen bessern unter Salvarsanbehandlung zunächst glänzend; der erzielte Erfolg ist jedoch ein Trugbild, denn trotz guter Behandlung kommt eben doch einmal ein Zeitpunkt, wo die Besserung einer mehr oder minder großen Verschlimmerung weicht, wo scheinbar das Ende der künstlich erzeugten Remission da ist, und wo es bedenklich erscheint, so z. B. nach kleineren apoplektischen Anfällen, die Behandlung fortzusetzen. Gewöhnlich tritt dann innerhalb eines Jahres nach Aufhören der Behandlung der Tod ein. — Da die Dauer der Erkrankung von verschiedenen Forschern auf 2—3, von anderen auf 2—5 und mehr Jahre angegeben wird, so scheint also eine starke Salvarsanbehandlung den Verlauf der Paralyse eher etwas abzukürzen. II. Für Taboparalysen gelten ebenfalls die unter I. gemachten Beobachtungen. III. Tabesfälle werden wesentlich gebessert und die erzielte Besserung hält an. Unter I. und II. fallende Erkrankungen

sind also mit größter Vorsicht und unter Umständen nur unter dem Druck äußerer wirtschaftlicher Verhältnisse nach Rücksprache mit den Kranken und ihren nächsten Angehörigen mit Salvarsan zu behandeln. Unter III. fallende Erkrankungen sind möglichst frühzeitig und ausgiebig, unter genauer Beobachtung des erzielten und festzuhaltenden Erfolges, mit Salvarsan zu behandeln. Brauns (Dessau).

507. **Salvarsan-Natrium als intravenöse Injektion in konzentrierter Lösung**; von Glombitza. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 646.)

Die Lösung, deren Herstellung angegeben wird, muß sofort injiziert werden, da sie durch Stehenlassen giftig wird. Es wurden nur hochkonzentrierte Lösungen verwandt: 0,6 bzw. 0,45 g in 4—5 ccm Wasser gelöst. In 6wöchiger Kur betrug die verwendete Gesamtmenge meist 1,8—3,6 g zu 3—6 Injektionen. Bei Tabes und Dementia paralytica wird mit 0,2 begonnen. Es wird die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung durchgeführt. G. verwendet zur Bereitung der Lösungen nur frisch am Tage der Injektion bereitetes destilliertes und sterilisiertes Wasser. (Destillierapparat von *Femel*, Abbildung.) Die Injektionen werden nur an fieberfreie Patienten gegeben. „*Die Verträglichkeit des Salvarsan-Natriums ist* . . ., klinisch wie ambulant, *sehr gut*." Besonders gut heilen zerfallene sekundärluetische Defekte in Mundhöhle und Rachen — in 1—2 Tagen nach der Injektion. Nicht hervorragend ist die Wirkung bei Lues III und den metaluetischen Erkrankungen; hier blieb auch die Wassermann-Reaktion in 60% der Fälle positiv. Kadner (Dresden-Loschwitz).

508. **Über intravenöse Jodinjektionen bei Syphilis und Beziehungen des Jods zum Blutbilde und zum Blutdruck**; von Engwer. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1083.)

Von einer charakteristischen Jodwirkung auf das Blutbild kann nicht gesprochen werden. Die intravenöse Jodbehandlung bringt im allgemeinen keine Veränderungen des Blutbildes hervor, die nicht durch irgendeinen der übrigen mitwirkenden Faktoren ebenfalls geschaffen werden könnten. Blutdruckveränderungen bringt die isotonische Jodnatriumlösung nicht hervor. Bei hypertonischen Lösungen entstehen so starke Reizwirkungen (Blutdruckschwankungen), daß sie für manche Gefäßveränderungen nicht gleichgültig sein dürften. Der Lehndorffsche „akute Tierversuch" ist für den Menschen nicht maßgebend. Gravidität scheint eine Kontraindikation zu sein.

Brauns (Dessau).

509. **Zur Wirkung des Quecksilbers auf Syphilis**; von S. Lomhold und A. Kissmeyer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1292.)

Feststellung der Quecksilberkonzentration im Blut auf der Höhe der Kur mit 1—8 mg Hg im Liter.

Untersuchung der Einwirkung mit Quecksilber versetzter Aszitesflüssigkeit, Bouillon usw. auf Spirochaeta pallida. Resultat: starkes Wachstum bei 5 bis 10 mg Hg, schwächer bei 20 mg, so daß angenommen werden muß, daß bei den Quecksilberkuren eine direkte Einwirkung auf die Spirochaeta pallida nicht statthat. Cordes (Berlin).

510. **Novasurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung, mit Bemerkungen über die Grundsätze der Quecksilberbehandlung**; von K. Zieler. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1257.)

Das Novasurol (*Friedr. Bayer & Co.*, Elberfeld) ist als lösliches Hg-Präparat leicht anzuwenden, da es von den Nachteilen der unlöslichen Salze frei ist. Es fällt kein Eiweiß, bewirkt also auch keine Infiltrate und Schmerzen an der Injektionsstelle. Wenn es auch wahrscheinlich nicht sehr dauerhaft wirkt, so ist es doch als Präparat von guter und kräftiger, aber milder Wirkung mehr als andere geeignet für schwächliche Kinder und solche mit empfindlichen inneren Organen (Nieren, Darm). Für energische Kuren eignet es sich nicht bzw. nur in Kombination mit grauem Öl oder Kalomel. Brauns (Dessau).

511. **Studien über das kolloidale Quecksilber und dessen Anwendung bei Syphilis**; von K. Hedén. (Ark. f. in. Med. Bd. 49. H. 4 u. 5. 1917.)

H. berichtet ausführlich über seine Studien betreffend das kolloidale Quecksilberpräparat der Aktiengesellschaft „*Astra*" in Stockholm, die er im Krankenhause St. Göran angestellt hat. H. machte nur intramuskuläre Injektionen mit Langscher Spritze. Der Prozentgehalt des Präparates gleicht dem des Merkuriol, d. h. etwa 40—45%; Dosierung für Erwachsene 0,07—0,1 g jeden 5. Tag, 7 in einer Serie. Behandelt wurden 303 Patienten, von denen 248 noch kürzere oder längere Zeit beobachtet werden konnten. Das verwendete kolloidale Quecksilber hat sich in therapeutischer Hinsicht besonders wirkam erwiesen, es scheint die Wassermann-Reaktion kräftiger als andere Hg-Präparate umzustimmen. Der eigentliche Nachteil besteht in oft vorkommender Stomatitis, die bei gleichzeitiger Neosalvarsan-Verabreichung häufiger erscheint, wahrscheinlich weil das sehr fein zerteilte (ultramikroskopische) Quecksilber in eine weniger hochdisperse Form übergeht. H. empfiehlt daher kleinere Dosen, als er selbst angewandt hat. Die Remanenz ist länger als bei Merkuriolöl, die Eliminationskurve flacher. Da Quecksilber durch Formaldehyd aus seinen Verbindungen herausreduziert wird, darf dieses nicht beim Fixieren von Organen benutzt werden, die mit Hg vergiftet sind. Beim vorliegenden Präparate wird aller Wahrscheinlichkeit nach das Hg in Form von kolloidem Hg-Metall im Organismus herumgeführt, nur zum geringeren Teil in Körnchengröße, die durch ein gewöhnliches Mikroskop feststellbar ist. Es ist zwar nur an den Stellen, wo es ausgeschieden wird, als HgS nachzuweisen gewesen, das dürfte aber darauf beruhen, daß gerade dort ein sichtbarer Niederschlag leichter entsteht, weil hier das Hg von Schutzkolloiden getrennt ist, während an anderen Orten, wo jene zugegen sind, das Quecksilbersulfid kolloid gelöst bleibt. Die Theorie, daß Hg nur in löslicher Form herumgeführt werden kann, dürfte nicht richtig sein, sofern man nicht dem Begriff der „Lösung" einen so weiten Sinn einräumt, daß er nicht nur die molekularen, sondern auch die kolloiden Zerteilungen sowie die mikroskopischen Suspensionen umfaßt. Brauns (Dessau).

512. **Über Abortivbehandlung der Syphilis**; von R. Frühwald. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1161.)

Fortgesetzte Versuche der Abortivheilung der Syphilis im Primärstadium sind ermutigend gewesen. Der günstigste Zeitpunkt des Einsetzens der Behandlung ist bis zur 5. bis 6. Krankheitswoche, wo die Wassermann-Reaktion noch nicht positiv geworden ist. Auch wenn die Wassermann-Reaktion schon positiv ist, kann noch Abortivheilung mit Aussicht auf Erfolg versucht werden, wenn nur die Kur energisch durchgeführt und nach $^1/_4$ Jahr wiederholt wird. Natürlich muß die Wassermann-Reaktion negativ

werden. Nach einer Abortivkur bei negativer Wassermann-Reaktion rät Fr. nach $^3/_4$—1 Jahr zu einer milden „Sicherheits-" und „Beruhigungskur". Es ist auf jeden Fall eine kräftige Kur zu machen, und zwar Salvarsan-Quecksilber kombiniert: Fr. rät zu intravenöser Applikation von 3,0 Salvarsan bzw. 4,5 Neosalvarsan und intramuskulären Injektionen von 1,2 Hg. salicyl. oder wenigstens 20 Einreibungen. Nach Schluß der Kur alle $^1/_4$ Jahre Kontrolle, klinisch und serologisch, für 4 Jahre lang. Brauns (Dessau).

513. **Wieviel Syphilitiker lassen sich ausreichend behandeln?** von E. Levin. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 28. S. 679.)

Aus 850 Fällen seiner Privat- und Kassenpraxis hat L. tabellarische Auszüge über ausreichende und nicht ausreichende Behandlung von Syphilitikern aufgestellt. Als ausreichend sieht er 5 und mehr Kuren an. Er kommt zu dem Resultat, daß etwa 45% unzureichend behandelt werden; das ist zwar noch viel, und es ist wünschenswert, daß diese Zahl noch weiter eingeschränkt werde, es ist aber bei weitem weniger als Philip ausgerechnet hatte, der 89% als unzureichend behandelt angibt. L. bezweifelt die Richtigkeit letzterer Zahl, jedenfalls dürfe sie nicht als allgemein gültig angenommen werden. Da auf Grund dieser Zahlen die Beratungsstellen von Neißer empfohlen wurden, sind die Gründe für die Errichtung dieser Anstalten nicht zutreffend, was sie leisten wollen, könnte auch erreicht werden durch Erziehung der Gesamtheit der Ärzte zur aufklärenden, beratenden und intensiver behandelnden Tätigkeit bei ihren Syphilitikern in der freien Praxis. Brauns (Dessau).

514. **Die Ursache der pathologisch-anatomischen Sonderstellung der Metalues;** von Gennerich. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1194.)

Gegen Behr polemisierend führt G. aus, daß das Gesamtbild der Metalues gegenüber der Lues cerebrospinalis einmal in der Liquordiffusion, welche die Auslaugung der mesodermalen Exsudationsvorgänge besorgt, und zum anderen in der Liquorerschütterung, die zu der charakteristischen Lokalisation hinführt, seine Ursache hat. In der Hauptsache sind es demnach rein physikalische Vorgänge, welche zur pathologisch-anatomischen Sonderstellung der Metalues Veranlassung geben. Und doch lassen sie sich von den biologischen Vorgängen, die von der verschiedenen Virulenz des Infektionsstoffes und der verschiedenen Reaktionsfähigkeit des einzelnen Organismus noch wesentlich beeinflußt werden, nicht scharf abtrennen. Diese sind nämlich allein imstande, uns über die Rezidivbildung und damit auch über die Ursachen der Entwicklung der meningealen Syphilis und ihrer verschiedenen Ausgänge Klarheit zu bringen. Den bedeutsamsten Vorgang für die Entstehung der syphilidogenen Erkrankungen am Zentralnervensystem bildet die Provokation der meningealen Infektion durch den Verlust der Allgemeindurchseuchung. Brauns (Dessau).

515. **Über die Tätigkeit der Beratungsstellen für Geschlechtskranke und die Erfolge der jetzigen Syphilisbehandlung;** von W. Scholtz. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1200.)

In Königsberg geschieht die Meldung geschlechtskranker Kassenmitglieder nicht automatisch durch die Kassen, sondern von den Ärzten aus in solchen Fällen, wo der Patient vorzeitig aus der Behandlung wegbleibt oder zu den bestellten Nachuntersuchungen (genauerer Bericht hierüber im Ärztekammerbericht 1917. H. 53 der Provinz Ostpreußen und in den Mitteilungen" der D. Gesellsch. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. 1917. H. 5.) nicht erscheint.

Das seit 7 Jahren in der Königsberger Klinik erprobte Verfahren der Behandlung liefert ausgezeichnete Resultate. Der ersten Salvarsaninjektion wird eine etwa 8tägige Quecksilberbehandlung vorausgeschickt. Dann folgen an 2 aufeinanderfolgenden Tagen 3 intravenöse Salvarsaninjektionen in einer Gesamtmenge von 0,75—0,8 Altsalvarsan für Männer, bzw. 0,65 bis 0,75 für Frauen. 2 Tage darauf beginnt eine 4wöchige Quecksilberkur, an deren Schluß 2—3 Tage Pause, 1—2 Vollbäder und leichtes Schwitzen behufs stärkerer Elimination des Hg und dann Wiederholung der Salvarsanbehandlung in derselben Weise. 2 Tage danach beginnend nochmals 8—14 Tage Quecksilber. War bei der zweiten Salvarsanbehandlung die Wassermann-Reaktion noch positiv (selten der Fall), so wird nach 14tägiger Hg-Kur noch ein Salvarsantag mit 2 Injektionen zu 0,2 und 0,3 hinzugenommen. Brauns (Dessau).

516. **Vorläufige Mitteilung über Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen;** von H. Menzi. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 71.)

In 82 Fällen reiner Urethralgonorrhöen, solcher mit Beteiligung des Uterus, der Adnexe, des Rektum und der Gelenke, Gonorrhöen der Schwangeren und der Kinder wurden intravenöse Kollargolinjektionen angewendet. Erfolg: bei 24 reinen akuten Urethralgonorrhöen 95,8% Heilung; 7 chronische Urethralgonorrhöen wurden sämtlich geheilt; bei 24 mit Zervixbeteiligung einhergehenden akuten und subakuten Erkrankungen blieb nur ein Fall ungeheilt. Zwei Fälle chronischer Uterusgonorrhöe blieben beide ungeheilt. Von 4 Adnexerkrankungen wurde nur in einem Falle Heilung erzielt. 3 Arthritisfälle wurden geheilt. Von 11 graviden Frauen (vom 2.—8. Monat) mit Gonorrhöe blieb nur ein Fall unbeeinflußt, alle anderen wurden „negativ entlassen". In 8 Fällen von Kindergonorrhöe blieb keiner ungeheilt. Riecke (Göttingen).

517. **Über Gonorrhöeheilung;** von A. Menzer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1489.)

Auch der wiederholte negative Befund von Gonokokken in Absonderungen, welche nach Behandlung einer Gonorrhöe zurückbleiben, kann uns niemals berechtigen, mit absoluter Sicherheit von Heilung zu sprechen und eventuell Heiratserlaubnis zu erteilen. Wenn nicht *alle* Krankheitserscheinungen beseitigt sind, ist von einer sicheren Heilung der Gonorrhöe weder beim Manne noch beim Weibe zu sprechen. Die bisherige Behandlung, welche ein rasches Verschwinden der Sekrete und der Gonokokken anstrebt, verhindert vielfach eine völlige restlose Ausheilung. Nach M.s Erfahrungen läßt diese sich erreichen durch Hyperämisierung der Krankheitsherde, wobei allmählich eine völlige Ausscheidung der Gonokokken herbeigeführt wird. Neben physikalisch erzeugter Hyperämie (heiße Bäder bzw. Sitzbäder, heiße Spülungen, Heißluftkästen, Diathermie usw.) schafft auch die 2mal wöchentlich durchgeführte Einspritzung von Gonokokken-Vakzine die gewünschte Fluxion. M. verwendet Gonotropin der Adlerapotheke in Halle. Brauns (Dessau).

518. **Zur Fiebertherapie der kindlichen Gonorrhöe;** von E. Nast. (Therap. Monatsh. 1917. H. 11. S. 449.)

In 7 Fällen kindlicher Gonorrhöe hat N. an der Straßburger Kinderklinik die Fiebertherapie versucht, aber bei keinem Heilung erreicht. Die Ansprüche, die

dabei an das kindliche Herz gestellt werden, sind sehr groß, er hält diese Therapie daher für nicht ungefährlich; in einem Falle mußte diese Behandlung aufgegeben werden wegen Schwindelanfällen, Kopfweh und Atemnot. Es ist daher bei Kindern von dieser Art der Behandlung abzuraten.

Brauns (Dessau).

519. **Über Vakzinebehandlung der Gonorrhöe bei Frauen**; von V. Mucha und H. Hofmann. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1349.)

Die Vakzinebehandlung liefert bei akuter und subakuter gonorrhoischer Zervizitis in etwa 35 bis 40% der Fälle prompte Heilerfolge, in weiteren 30 bis 35% bedeutet sie eine ganz wesentliche Unterstützung der lokalen Behandlung. Bei Erkrankungen der Adnexe und Parametrien zeigt sich in etwa einem Viertel der Fälle prompte Beeinflussung der Erkrankung, in 46—56% wurde die konservative oder lokale Behandlung in mehr oder weniger erheblichem Maße gefördert. Nach den Injektionen treten häufig ausgesprochene Herdreaktionen auf, die sich bei Zervizitiden in der Zunahme des Sekretes, im Auftreten von Gonokokken im Sekret, im Hämorrhagischwerden des Sekrets sowie im verfrühten Auftreten der Menstruation, bei Adnexerkrankungen im Auftreten von Bauchschmerzen, Brechreiz, Erbrechen, sowie schließlich in etwa 30% der Fälle im Manifestwerden, bzw. Auftreten der Adnexerkrankung äußern. Provokatorische Vakzineinjektionen nach Beendigung der Behandlung scheinen ein wertvolles Hilfsmittel zur Feststellung der eingetretenen Heilung abzugeben. Allgemeinreaktionen (Fieber) sind bei Frauen seltener und geringer als beim Manne, sie treten öfter nicht nach der ersten Vakzineinjektion, sondern erst nach einer der späteren auf. Schädigungen irgendwelcher Art konnten nicht beobachtet werden. Mit Rücksicht auf eine einmal nach einer Vakzineinjektion eingetretenen Hämoptöe ist bei Bestehen tuberkulöser Lungenprozesse Vorsicht angezeigt, dasselbe gilt in Anbetracht der nicht seltenen Herdreaktionen für Fälle mit frischen Adnexerkrankungen. In seltenen Fällen kann nach längerer Vakzineanwendung Milzschwellung auftreten. Die Vakzinebehandlung soll möglichst frühzeitig einsetzen; nur in Fällen mit ganz akuten Adnexerkrankungen empfiehlt es sich, das akuteste Stadium bei rein konservativer Behandlung abklingen zu lassen; je frischer der Fall, desto größere Vorsicht und desto kleinere Anfangsdosen sind angezeigt. Je prompter die Wirkung, desto kürzer können, nach Abklingen der Reaktion, die Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen sein. Bei geringerer Wirkung sind größere Intervalle vorzuziehen. Bei refraktären Fällen kann nach 4—5wöchiger Pause eine neuerliche Behandlungsserie besseren Erfolg haben.

Brauns (Dessau).

520. **Die Therapie der Gonorrhöe mit Hegonon**; von W. Lüth. (D. med. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1426.)

L. empfiehlt zur Gonorrhöebehandlung das Hegonon wegen seiner schnellen Abtötung der Gonokokken und wegen seiner geringen Reizwirkung. Daher eignet es sich besonders zur Abortivkur. Kommt ein Patient am ersten Tage in Behandlung, wenn erst geringes seröses Sekret sich bildet, so kann mit 2 an aufeinanderfolgenden Tagen applizierten Injektionen einer 3proz. Lösung die Behandlung beendet sein. Kommt der Patient am 2. Tage mit schleimig eiterigem Sekret, aber noch extrazellulären Gonokokken, dann gibt man in 12 Stunden 2 ebensolche Einspritzungen und läßt den Kranken noch 3 Tage lang 3mal täglich, 3 Tage lang 2mal täglich und 3 Tage lang 1mal täglich 1/2proz. Lösung injizieren. Nach den üblichen Provokationen kann die Behandlung abgeschlossen werden. Kommt Patient am 3. bis 5. Tage, so erhält er 2 Spritzen 3proz. Lösung, wie vorher, und spritzt 3mal täglich 1/2proz. Lösung vom 5. Tage ab aber 1/2proz. Arg. proteinic.-Lösung. Brauns (Dessau).

521. **Behandlung der Gonorrhöe und ihrer Nebenwirkungen mit Wärme**; von H. L. Heusner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 332.)

Statt heißer Bäder, Heizsonden, Diathermie usw. empfiehlt H. bei Gonorrhöe lokale Hitzeanwendung durch Bestrahlung mit der Sollux-Ergänzungslampe der Quarzlampengesellschaft in Hanau. Die Genitalgegend wird in einem Abstand von etwa 60 ccm 1/2—1 Stunde bestrahlt. Zweckmäßig erwies sich in verschiedenen Fällen die Verordnung von roher Ziegenmilch bis zu 2 Liter täglich. Brauns (Dessau).

522. **Die diagnostische Verwertbarkeit der Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann bei chronischer Gonorrhöe**; von E. Emmerich. (D. med. Woch. 1917. S. 589.)

An 250 Fällen wurde die von Schürmann als Diagnostikum bei Gonorrhöe angegebene Thermopräzipitinreaktion der Nachprüfung unterzogen. Nach den Ergebnissen ist ihre diagnostische Verwendbarkeit sehr gering, da sie sowohl bei sicheren Gonokokkenfällen versagte, als auch bei sicher negativen Kontrollfällen zu positiven Resultaten geführt hat.

Koenigsfeld (Freiburg).

523. **Über moderne Behandlungsarten der Bubonen nach Ulcera mollia**; von J. Odstrčil. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 52. S. 2294.)

Es wurden die entzündlichen Bubonen im noch infiltrierten oder im schon vereiterten Zustande mit intraglutäalen Injektionen verschiedener Staphylokokkenvakzinen behandelt. Von 32 Kranken mit Bubonen heilten auf diese Weise 19 = 59,37% ohne jeden chirurgischen Eingriff aus. Sodann wurden einige Bubonen mit Injektion von sterilem Na. nucleinicum behandelt. Verlauf und Ausgang der so behandelten Bubonen war ähnlich dem mit Staphylokokkenvakzine gespritzten, nur war die Heilungsdauer eine längere. Es erfolgte die Anwendung intraglutäal. Schließlich verwendete O. zunächst gekochte Milch und dann, da keine Temperatursteigerung danach erfolgte, fraktioniert sterilisierte Milch. Danach Temperaturen von 39—40°, Schüttelfrost, Brechreiz usw. Als Lokalerscheinungen werden Anschwellungen des Gesäßes und Schmerzen verzeichnet. Im übrigen erfolgte Rückbildung der Bubonen, wie aus drei kurzen Krankengeschichten erhellt.

Riecke (Göttingen).

524. **Über parenterale Milchbehandlung bei venerischen Bubonen und gonorrhoischer Epididymitis**; von A. Stark. (Med. Klin. 1917. Nr. 50. S. 1317.)

St. verwandte zu intraglutäalen Einspritzungen Kuhmilch, Frauenmilch und Ziegenmilch (10 ccm in 2—3tägigen Intervallen) mit den üblichen Temperatursteigerungen. Er fand, daß Kuhmilch die beiden anderen an resorptiver Wirksamkeit übertraf. Gute Erfolge erzielte er bei Bubonen und gonorrhoischer Nebenhodenentzündung; bei Zystitis, Prostatitis, Cow-

peritis konnte eine sichtliche Beeinflussung ebensoperititis konnte eine sichtliche Beeinflussung ebensowenig wie beim Harnröhrentripper festgestellt werden. Einige andere Erkrankungen (Cystit. non gonorrh., Pyelitis, Psoriasis, tuberkulöse Hautgummen, Pemphigus, Psorospermose) blieben unbeeinflußt, einige nicht venerische Bubonen heilten rasch ab. Die Proteininjektion führt zur Lymphagogie und diese zur Resorption der Krankheitsherde; St. verspricht sich daher Gutes, wenn man einer einleitenden Behandlung mit Proteinen (Milch), welche wirksame, aber zu wenig spezifische Kräfte des Körpers freimacht, spezifisch wirkende Heilmittel (Sera, Vakzine, Arzneimittel) folgen lasse. Brauns (Dessau).

IX. Sexualwissenschaft.

525. **Hebung der Geburtenziffer nach dem Kriege**; von H. Rohleder. (Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 4. H. 1. S. 13. 1917.)

Ausgesprochene Bevorzugung der Verheirateten bei Besetzung von Stellen im Staatsdienst, bei Bewerbung um Stipendien, Freistellen, Renten usw., längere Militärdienstpflicht der Junggesellen als der Verheirateten usw., wie dies von Bornträger vorgeschlagen wurde, ist nach R. nicht durchzuführen und nutzlos. Erfolgreich und durchführbar seien zur Schaffung zukünftigen Menschenmaterials energische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bekämpfung der kriminellen Aborte, Kampf gegen den Alkoholismus, Wohnungshygiene, Ansiedelungswesen, Aufhebung des Zwangszölibats der katholischen Geistlichkeit und unserer Beamtinnen; zur Erhaltung des schon vorhandenen Menschematerials Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und Beschränkung der Auswanderung. Die Gründe des ehelichen Geburtenrückgangs liegen in gesteigertem Wohlstand, der zunehmenden Industriealisierung und Urbanisierung, den kriminellen Aborten, den sexuellen Erkrankungen und dem Alkoholismus. Jolly (Halle).

526. **Das weibliche Fortpflanzungsleben als eine Kette fruchtbarer und unfruchtbarer Funktionsgänge**; von H. Sellheim. (Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 3. H. 1 u. 2. S. 1. 1917.)

An der Hand eines Vergleichs der komplizierten Verhältnisse beim Menschen mit den einfacher organisierten Tieren bringt S. eine durch eine Reihe schematischer Abbildungen illustrierte Darstellung des weiblichen Fortpflanzungslebens. Jolly (Halle).

527. **Über Rassenmischungen, Sippschafts- und Stammehen**; von H. Lundborg. (Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 3. H. 1 u. 2. S. 29. 1917.)

Übersicht über die Fragen und Ergebnisse, zu welchen die Geschichtsforschung, die Anthropologie Medizin und Biologie auf dem Gebiete der Rassenbiologie in den letzten Jahrzehnten gekommen sind. Jolly (Halle).

528. **Zur Organtherapie urosexueller und dermosexueller Störungen**; von M. Marcuse. (Ther. d. Gegenw. 1917. S. 170.)

Angeregt durch den Vorschlag Posners, unterzog M. das nach Bergs Angaben von der Firma *Natterer* in München hergestellte „Hormin“ einer Prüfung bei Climacterium virile, sexueller Neurasthenie, Enuresis noct., Pubertätsakne, Phosphaturie sowie bei Dysmenorrhöe, Frigiditas, Amenorrhöe usw. Die Zusammensetzung des „Hormin“ besteht aus Extrakten von Hoden, Samenblasen, Prostata bzw. Corpus luteum und Mamma in Verbindung mit Leber, Hypophysis, Pankreas und Schilddrüse. Die Erfolge, die bei einzelnen der oben genannten Zustände erzielt wurden, waren nach Ansicht der Patienten und entsprechend M.s befriedigend. Einen suggestiven Einfluß meint M. ausschließen zu dürfen, doch glaubt er weniger an eine rein biologische Wirkung auf Grund der vielseitigen Hormone als vielmehr an eine chemische (Aminosäuren). Die Anwendung erfolgte in Form von Suppositorien oder Injektionen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

529. **Über die topische Bedeutung der dissoziierten Potenzstörung**; von F. Boenheim. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 57. S. 36. 1917.)

Wenn von Anfang an eine dissoziierte Potenzstörung vorliegt, handelt es sich um eine Erkrankung des Conus medullaris; ganz ausnahmsweise liege eine tiefe Kaudaerkrankung vor, die aber leicht auszuschließen sei. Jolly (Halle).

X. Augenheilkunde.

530. **Über Versuche mit Strahlenbehandlung am Auge und den Lidern**; von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 3. S. 264. 1918.)

Mit einigen Ausnahmen hat v. H. von der Behandlung bös- und gutartiger Tumoren der Lider und der Oberfläche des Bulbus so gute Erfolge gesehen, daß er die Regel aufstellen zu können glaubt, man solle solche Fälle stets mit Bestrahlungen zur Ausheilung zu bringen suchen, bevor man sich zu eingreifenden Operationen entschließe. Er verwandte gefilterte harte Strahlen. Selbst ein Fall von Glioma retinae scheint anfänglich günstig beeinflußt worden zu sein. Eine schwere Konjunktivaltuberkulose ist radikal zur Ausheilung gebracht worden. v. H. glaubt, trotz hierfür bis jetzt nicht vorliegender günstiger Ergebnisse, auch in besonders hartnäckigen Fällen von Iristuberkulose die Bestrahlung mit gefilterten Röntgenstrahlen versuchen zu sollen. Jedenfalls könne man behaupten, daß die Strahlen selbst in großen Dosen für das Auge unschädlich seien. Filbry (Würzburg).

531. **Weiterer Beitrag zur Kenntnis seltener tuberkulöser Erkrankungen des Auges**; von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 3. S. 255. 1918.)

In dem ersten der drei als seltene tuberkulöse Augenerkrankungen von v. H. mitgeteilten Fälle handelt es sich um eine durch ihren rapiden Verlauf ausgezeichnete, mit Netzhautabhebung komplizierte proliferierende Uveïtis, deren tuberkulöse Natur trotz Fehlens echter Knotenbildung wegen einer ringförmigen Wucherung der Aderhaut, die aus Epitheloïd-, Riesen-, Plasma-Zellen und Lymphozyten bestand, und der namentlich in der Netzhaut nachweisbaren destruierenden Tendenz des Prozesses mit größter Wahrscheinlichkeit angenom-

men werden kann. Der zweite Fall, eine tuberkulöse Linsenerkrankung, ist dadurch beachtenswert, daß die Linsenkapsel, die sich im allgemeinen sehr resistent erweist, von typisch tuberkulösem Granulationsgewebe durchbrochen wurde, das von einer tuberkulösen Iritis ausgegangen war. Das Charakteristische des dritten Falles liegt darin, daß den Geschwürsgrund eines großen, die Hornhaut einschmelzenden Ulcus corneae typisches, Epitheloïd- und Riesenzellen enthaltendes Granulationsgewebe ausfüllte, ohne daß Bindehaut oder Iristuberkulose daneben bestanden hätte. Filbry (Würzburg.)

532. **Studien über Melanosis des Augapfels;** von E. Kraupa. (Arch. f. Augenheilk. Bd. 82. H. 2.)

An der Hornhaut werden zwei Formen von Melanosis unterschieden, eine epitheliale (ektodermale), oberflächlich gelegene und eine endotheliale (mesodermale), die tiefsten Hornhautschichten einnehmende Form. Letztere soll auf Pupillarmembranreste zurückgeführt werden. Beide geben Anlaß zu Geschwulstbildungen. Die Melanosis sclerae tritt selten selbständig auf; sie ist fast stets mit Melanosis der Iris gepaart. Die Melanosis iridis, die Warzeniris, ist seit kurzem erst in ihrer besonderen Eigenheit erkannt. Ihre Entstehung ist noch nicht einwandsfrei nachgewiesen. (K. vermutet, es handle sich hier um Reste der Pupillarmembran, die der Vorderfläche der Iris aufliegen.) Die Melanosis der Linse wird auf Pupillarmembranreste zurückgeführt. Die Melanosis des Fundus trttt entweder mit derjenigen der Iris und der Sklera zusammen auf, oder aber in Form der „gruppierten Pigmentierung der Netzhaut" (Niels Hoeg), oder der „nävoiden Pigmentierung" (Leber). Die Melanosis nervi optici ist in drei Formen bekannt. 1. In Form von Pigmentflecken am Sehnerven, 2. als echte Melanosis des Sehnerven (schwarzer Sehnerv von Hirschberg), 3. als kolobomatöse Pigmentierung der Pupille. In letzterem Falle erscheint die Pigmentierung als tiefschwarzer Hof um die Pupille herum. K. glaubt, daß es sich hier um Rudimente einer Kolobombildung handelt ohne Ekstasie.

Magnus-Alsleben (Würzburg).

533. **Eine Glasschale zur Verhütung und Behandlung des Symblepharon, zugleich ein operationstechnisches Hilfsmittel bei Lid- und Bulbusverletzungen;** von H. Illig. (Arch. f. Augenheilk. Bd. 82. H. 2.)

I. empfiehlt, durch Einlegen von dem Bulbus angepaßten Glasschalen in den Bindehautsack der Bildung von Verwachsungen zwischen Lidern und Augapfel vorzubeugen. Die Schalen bestehen aus dünnem, wenn möglich durchsichtigem Glas mit einem zentralen, bzw. parazentral gelegenen „Hornhautloch" und kleinen Seitenlöchern. Die Schalen sollen möglichst groß gewählt werden, um einen guten Sitz zu garantieren. Eventuell schon bestehende Verklebungen sollen vor der Einführung der Schale in Anästhesie gelöst werden. Bei mitverletzter Hornhaut kann die Behandlnng auch nach Einlegen der Schale fortgesetzt werden; das „Hornhautloch" läßt jeden Punkt der Hornhaut diagnostisch und therapeutisch in Angriff nehmen. Wundsekrete fließen durch dasselbe und durch die kleinen Seitenlöcher ab oder über den Rand der Schale hinweg.

Magnus-Alsleben (Würzburg).

534. **Zur Frage der Kälteschädigung der Hornhaut;** von K. Wessely. (Arch. f. Augenheilk. Bd. 83. H. 1. 1917.)

Bei kurzdauernden Gefrierungen treten regressive und proliferative Veränderungen an den Hornhautzellen auf, die den an der Epidermis beobachteten weitgehend gleichen. Es wäre demnach nicht als ausgeschlossen zu betrachten, daß durch die Einwirkung abnorm niedriger Temperaturen, besonders im Zusammenhang mit der austrocknenden Wirkung des Windes und der wasserarmen Luft der Höhenregionen, die Hornhaut Veränderungen unterworfen wird, ähnlich denjenigen, die durch die Einwirkung der ultravioletten Strahlen des Lichtes hervorgerufen werden. Von theoretischem Interesse ist, daß kurz wiederholtes Gefrieren Zustandsänderungen des Epithels bedingt, die sich sowohl in Vorgängen der Degeneration wie der Proliferation äußern. Es handelt sich vorerst um eine Schädigung des Protoplasmas und damit um einen Wegfall von Widerständen, die dem Kern eine ungeheure Vermehrung gestatten. Es geht daraus hervor, daß eine Gefrierschädigung vor allem auf einer direkten Beeinflussung der Zelle beruht und nicht auf vasomotorischen Störungen, da die Hornhaut bekanntlich gefäßlos ist.

Magnus-Alsleben (Würzburg).

535. **Einige physiologisch-klinische Beobachtungen an Schielenden;** von E. Ammann. (Arch. f. Augenheilk. Bd. 82. H. 3. 1917.)

Der erste Fall handelt von diskontinuierlichen Gesichtsempfindungen bei ruhiger Fixation und entspricht dem, was die Physiologie unter der Bezeichnung der gleichsinnigen Induktion kennt. W. zitiert die Theorien von Helmholtz und Hering über diese Phänomen und schließt sich ersterer an, indem er den Sitz der Erscheinungen als zentral gelegen bezeichnet.

Der zweite Fall handelt von kontinuierlicher Gesichtsempfindung bei binokularer Wechselperzeption. Es wird hier bewiesen, daß die Möglichkeit besteht, Bewußtseinsvorgänge durch raschen Wechsel miteinander zu vermischen.

Im dritten Fall wird der Einfluß der räumlichen Desorientierung auf den Konvergenzimpuls an Hand von einigen Beobachtungen am Worthschen und einem mit Kästchen armierten Holmsschen Amblyoskop einerseits und dem einfachen Holmsschen Amblyoskop andererseits auseinandergesetzt. Durch Anwendung der beiden erstgenannten Apparate gelingt es, die Fusion beiden Bilder bis zum Fusionszwang zu erreichen und die krankhafte Überinnervation der Konvergenz zu unterdrücken. Dies gelingt aber nicht (mindestens im Anfang der Übungen) bei Anwendung vom Holmsschen Amblyoskop, wo neben den Bildern noch ein Teil der natürlichen Umwelt im Gesichtsfeld auftritt. Hier wird die Überinnervation sofort wieder aufgenommen, und das Auge fällt in Schielstellung zurück. Es handelt sich hier wiederum um psychologische Vorgänge, die diese Überinnervation bedingen.

Magnus-Alsleben (Würzburg).

536. **Über Pigmentierung, Melanom und Sarkom der Aderhaut;** von E. Fuchs. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 1. S. 43. 1917.)

Ausführliche pathologisch-anatomische Studien über normale und pathologische Pigmentierungen sowie über die Pathologie des Sarkoms, deren zahlreiche Ergebnisse zu kurzer Übersicht nicht geeignet sind.

Köllner (Würzburg).

537. **L'expérience du „trou dans la main". Critérium de la vision binoculaire;** par A. Cantonnet. (Presse méd. 1917. Nr. 67. S. 686.)

Wenn man mit dem rechten Auge durch ein kurzes Rohr, z. B. ein aufgerolltes Stück Papier sieht, und die linke Hand daneben hält, sieht man bei normalem binokulärem Sehen ein Loch mitten in der Hand. Sieht man mit einem Auge, dann fehlt dieses Loch; bei Strabismus convergens zeigt es sich am rechten Rande der Hand oder außerhalb derselben, bei Strabismus

divergens an oder neben dem linken Rande; bei vertikalem Schielen oberhalb der Ebene des Rohres. — Abb.
Lamers (Herzogenbusch).

538. **Ophthalmoskopische Untersuchungen im rotfreien Licht;** von A. Affolter. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 1. S. 1. 1917.)

Die Untersuchung des Auges in vollkommen rotfreiem Licht (die zweckmäßigste Art der Anwendung ist mitgeteilt) kann niemals die Untersuchung in gewöhnlichem Licht verdrängen, bietet aber in manchen Fällen große Vorteile. So tritt die Macula infolge ihrer gelben Farbe sofort deutlich hervor, ebenso sind die Nervenfasern in ihrem Verlauf innerhalb der Netzhaut schön zu sehen. Es wird dann weiterhin das Aussehen einer Reihe pathologischer Fälle beschrieben und durch farbige Abbildungen belegt. Köllner (Würzburg).

539. **Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop;** von L. Köppe. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. S. 117. 1917.)

Mit Hilfe der Nernstspaltlampe läßt sich der Verlauf der feinen Gefäße und die Richtung des Blutstromes direkt verfolgen und damit ohne weiteres entscheiden, ob es sich um Venen oder Arterien handelt. K. bespricht ausführlich das normale Gefäßsystem an der vorderen Bulbusoberfläche und dessen funktionellen Zusammenhang, sowie dessen Verhalten bei krankhaften Zuständen. Bei Iridozyklitis nach Verletzungen zeigt das Auftreten tiefer Gefäße an denjenigen Stellen des Limbus, welche der Perforationsstelle ferner liegen, an, daß eine weitergehende Infektion des Ziliarkörpers eingetreten ist. K. hält diese Gefäßinjektion für ein wichtiges Frühsymptom. Was das Glaukom anbetrifft, so bestätigt K. im wesentlichen die Angaben Heerfordts, daß die erweiterten und geschlängelten vorderen Ziliargefäße im allgemeinen Arterien und nicht Venen sind. Bei glaukomatösen Zuständen strömt aus dem vorderen Bulbusabschnitt das Venenblut nicht in vermehrter, sondern in verminderter Menge, sodaß eine Retention im Venenblut im Auge wahrscheinlich ist, es tritt also gewissermaßen eine vordere bulbäre Venensperre auf, ähnlich der Sperre der Vertexvenen.
Köllner (Würzburg).

C. Bücherbesprechungen.

39. **Strahlen-Tiefen-Behandlung. Experimentelle und kritische Untersuchungen zu praktischen Fragen ihrer Anwendung in der Gynäkologie;** von E. v. Seuffert. Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 498 S. mit 19 Textabbildungen u. 7 Tafeln. (25 Mk.)

Das vorliegende Werk umfaßt die an der Münchener Frauenklinik bis zum Juni 1916 gesammelten Erfahrungen der Tiefenbestrahlung. Es zerfällt in einen theoretischen, einen experimentellen und einen klinischen Teil. Im experimentellen Teil interessieren vor allem die zahlreichen Mikrophotogramme verschieden schwerer Schädigungen, die bei hauptsächlich äußerer Bestrahlung an inneren Organen entstanden sind und die Feststellung charakteristischer klinischer Vorgänge und histologischer Veränderungen, die stets sicher erkennen lassen, ob weiche oder harte Strahlen, große oder kleine Strahlenmengen eingewirkt haben. — Im *klinischen* Teil, der sämtliche bestrahlten Fälle enthält, wird auf eine statistische Verwertung der bestrahlten Karzinomfälle verzichtet, aber sie werden im einzelnen einer sehr lehrreichen kritischen Bearbeitung unterworfen. (Kasuistische Tabellen.) Die bereits ausgerechneten Zahlenwerte für die Tabellenfälle, wie überhaupt für die Techniken der Münchener Klinik, sind in zwei Dosen-Quotienten-Tabellen zusammengestellt. Es ließ sich feststellen, daß und weshalb eine beträchtliche Zahl früher angewandter therapeutisch-technischer Maßnahmen unzweckmäßig oder gar gefährlich waren. Fast nicht möglich ist es dagegen, mit gleicher oder auch nur annähernder Entschiedenheit bestimmte Behandlungsmethoden als sicher einwandfrei oder gar optimal zu bezeichnen. Die bisherigen Resultate sind leider *noch nicht befriedigend.* Doch sieht v. S. hoffnungsvoll in die Zukunft. Klien (Leipzig).

40. **Die Unfallerkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie;** von A. Mayer. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 258 S. (10 Mk.)

Vorliegendes Buch, welches zum erstenmal die Unfallerkrankungen auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie zusammenfassend darstellt, kommt gerade zur rechten Zeit. Denn mit der zurzeit außerordentlich gesteigerten Tätigkeit der weiblichen Bevölkerung in allen möglichen Betrieben wird die Gutachtertätigkeit des Frauenarztes auf seinem Gebiete bedeutend zunehmen. Und da wird ihm vorliegendes Buch, das nur ein Leitfaden sein will und ist, ein wertvoller Berater sein. Der Inhalt ist nach Organen bzw. Erkrankungstypen, wie Retroversio-flexio, Genitalprolaps geordnet. Die bisherigen Ansichten der in Betracht kommenden Autoren und Gutachter sind stets der Meinung M.s vorangestellt; letzterer selbst nimmt einen ziemlich strengen Standpunkt gegenüber der ätiologischen Bedeutung des Traumas zu dem jeweilig vorliegenden, angeblich auf das Trauma zurückzuführenden Leiden ein. Eine wertvolle Kasuistik ist eingestreut. Besonders eingehend sind die schon erwähnten Kapitel sowie die aus dem Gebiet der Geburtshilfe bearbeitet. Den Schluß bilden die traumatischen Erkrankungen des Harnapparates. Klien (Leipzig).

41. **Über die amtliche Totenschau auf Grund der Verhältnisse in den verschiedenen Ländern und mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen im Kanton Zürich;** von E. Hauhart. Zürich 1916. Speidel & Wurzel. 114 S. (Brosch. 2 Mk. 50 Pf.)

Die Entwicklung und Regelung des Leichenschauwesens in den maßgebenden europäischen Staaten wird von H. ausführlicher geschildert und die Unzulänglichkeit der gesetzlichen Bestimmungen hervorgehoben. Um den Anforderungen, die man heutzutage an die Leichenschauer stellen muß, gerecht werden zu können, kommen nur Ärzte in Betracht. Damit aber die Rolle des Arztes bei der Leichenschau nicht diejenige „eines bloßen Beileidszeugen wird, der nichts Böses denkt und die Totenschau als leere Formalität auffaßt", gehört nach H. eine gute gerichtlich-medizinische Schulung des Arztes. Trotzdem werden auch bei den besten

zukünftigen Totenschauvorschriften Irrtümer nicht zu vermeiden sein, da die Feststellung der Todesursache oft mit den größten Schwierigkeiten verbunden ist. Neben der Feststellung der Todesursache muß der mit der Leichenschau betraute Arzt zwei Nebenaufgaben stets im Auge behalten: Feststellung der Identität und die Fixierung des eingetretenen Todes. Eine Besserung verspricht sich H.: 1) von einer Aufklärung der Ärzte über die sehr schweren Folgen ungenügender Leichenschau und die sich aus den Gesetzen ergebenden prinzipiellen Aufgaben; 2) Schaffung ausführlicher Totenformulare. — Außerdem hält H. es für wünschenswert, wenn bei allen außergewöhnlichen Todesfällen die Leichenschau nicht vom Hausarzt, sondern von Amtsärzten ausgeführt würde.

Die sehr lesenswerte, klar geschriebene Arbeit wird durch zahlreiche, teils in der gerichtlich-medizinischen Literatur schon bekannte Fälle illustriert.

Müller-Heß (Beichlingen).

42. **Bewußtlos Aufgefundene, die Folgen ihrer mangelhaften Behandlung für die heutigen rechtlichen Verhältnisse, insbesondere das neue Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911;** von D. Rothenhäuser. Zürich 1916. Speidel & Wurzel. 56 S. (Brosch. 2 Mk.)

An der Hand eines reichlichen Materials des Züricher Instituts für gerichtliche Medizin bespricht R. in seiner Dissertation die durch verschiedene Ursachen bedingte Bewußtlosigkeit und daran anschließend die Aufgabe des Arztes in rein medizinischer sowie sozial- und gerichtlich-medizinischer Hinsicht. Die Rechtsfrage des bewußtlos Aufgefundenen, die gesetzliche Stellung des Arztes, ebenso die Hilfeleistung und das Verhalten des Laien bei Bewußtlosen und Sprachgestörten werden eingehend erörtert. Zum Schluß werden Instruktionen für die Polizeiorgane in vier Postulaten vorgeschlagen als Verhaltungsmaßregeln, von denen er sich eine Besserung der allergröbsten Verstöße bei der Aufhebung der Bewußtlosen verspricht.

Müller-Heß (Beichlingen).

43. **Gesundheits-Ratgeber für heiße Zonen;** von H. Ziemann. 5. Auflage. Berlin 1917. D. Reimer. 56 S. (Brosch. 1 Mk. 50 Pf.)

Das Büchlein bringt in übersichtlicher Anordnung allgemeines über das Tropenklima und die weiße Rasse in den Tropen. Des weiteren werden die allgemeinen Wirkungen des Tropenklimas und die sich daraus ergebenden Gesundheitsmaßregeln behandelt. Im speziellen Teil werden außer den tropischen Infektionskrankheiten, ihrer Verhütung und Behandlung, auch einige tropische Wurmkrankheiten, Vergiftungen, Nervosität und Schlaflosigkeit, Verstopfung, Sonnenstich, sowie die tropischen Haut- und Augenkrankheiten besprochen.

Die Zusammenstellung ist nicht allein für den in den Tropen praktizierenden Arzt, sondern auch für den dort weilenden gebildeten Laien von Nutzen.

Bachem (Bonn).

44. **Keimfreimachung von Arzneistofflösungen;** von R. Rapp. Leipzig 1917. F. Leineweber. 16 S. u. 1 Tabelle. (Kart. 1 Mk.)

Die Zusammenstellung der Sterilisierung zahlreicher Arzneimittel entsprach einem praktischen Bedürfnisse. Bei jedem der fast 100 Mittel wird das Verfahren, dessen Zeitdauer und die Haltbarkeit angegeben. In einem besonderen Anhang wird die Herstellung von Autovakzine nach Wright und Reiter (von Koch) mitgeteilt. Die beigefügte Tabelle bringt den Text nochmals (einseitig bedruckt) und eignet sich zum Aufziehen in Apotheken, Laboratorien usw.

Bachem (Bonn).

45. **Grundregeln der Mikro-Photographie mit Angabe einer einfachen optisch-rationellen Apparatur;** von K. v. Neergaard. Zürich 1917. Speidel & Wurzel. 58 S. (2 Mk.)

In großen Zügen werden die für die Mikrophotographie geltenden Grundregeln dargestellt. Im Anschluß daran beschreibt N. eine mikrophotographische Apparatur, die von jedem Mediziner mit einfachen Mitteln herzustellen, auch strengeren Anforderungen an die Güte der photographischen Wiedergabe vollauf genügt. Das relativ primitive Instrumentarium, dessen Einzelheiten in der Arbeit nachgelesen werden müssen, hat auch im Vergleich mit anderen und technisch vollständigeren Einrichtungen praktisch in durchaus zufriedenstellender Weise seine Probe bestanden.

Kautz (Hamburg).

46. **Über Nekrosen interstitieller Uterusmyome;** von E. Ahlström. [Mitteil. a. d gyn. Klinik des Prof. Otto Engström Helsingfors. Bd. 9. H. 1 u. 2.] Berlin 1917 S. Karger. 154 S. (7 Mk.)

Eine eingehende pathologisch-anatomische Studie von 24 Fällen unter 57 makroskopisch auf Nekrose verdächtigen Fällen. Zum Teil handelte es sich nur um Nekrose der peripheren subkapsularen Zone, zum Teil um Totalnekrose. Nicht immer war in den letzteren Fällen die sog. rote Degeneration vorhanden. A. möchte statt dieser die Bezeichnung Nekrobiose mit und ohne Hämolyse vorschlagen. Erstere habe übrigens mit Schwangerschaft an sich nichts zu tun. Wahrscheinlich entstehe die Nekrose ganz allgemein durch Absperrung des arteriellen Zuflusses zu der Geschwulst. Oft scheine es sich in solchen Fällen um nur *eine* nutritive Arterie zu handeln, die nicht oder nur unvollkommen mit den Arterien des umliegenden Gewebes anastomosiert. Des öfteren scheint es sich um Kontraktionen eines die Geschwulst umfassenden Mantels von Uterusmuskulatur zu handeln, die die arterielle Zufuhr behindern. In diesen Fällen ist natürlich dem Partus eine große Bedeutung beizulegen. Klinisch dokumentieren sich solche Fälle mitunter bereits in der Schwangerschaft durch akut auftretende Schmerzen. Blutungen sind im allgemeinen für die Diagnose nicht zu verwerten. Öfter ist Fieber beobachtet worden. Es droht Infektion der Geschwulst bei Perforation in die Uterushöhle. Meist ist supravaginale Amputation indiziert.

Klien (Leipzig).

47. **Taschenbuch der Wochenbettpflege;** von F. Ebeler. Leipzig 1918. Repertorien-Verlag. 120 S. (3 Mk. 50 Pf.)

Das Büchlein ist entstanden aus den in der Krankenpflegeschule in Köln von E. gehaltenen Vorträgen. Bau und Aufgabe der weiblichen Geschlechtsorgane, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Hilfeleistungen bei der Geburt, Desinfektionslehre, Pflege der gesunden Wöchnerin und des gesunden Neugeborenen, Erkrankungen im Wochenbett, sowie die wichtigsten Frauenkrankheiten und eine kurze Instrumentenlehre mit Abbildungen bilden den Inhalt. Klien (Leipzig).

48. **Das rasche Altern der Frauen nach gewissen Schädlichkeiten;** von A. Lorand. Wien 1918. M. Perles. 51 S. (Brosch. 2 Kr.)

Von den Schädlichkeiten, die zu vorzeitigem Altern führen, werden nur einige besprochen: der Einfluß des Rauchens auf den weiblichen Organismus, ferner die Unterernährung und Abmagerungskuren, der Einfluß einer fehlerhaften Zusammensetzung der täglichen Kost, sowie einer ungenügenden Flüssigkeitsaufnahme und der häufige Gebrauch von Abführmitteln. Auch des Einflusses des Schminkens und der Anwendung von Verhütungsmaßregeln gegen die Empfängnis wird gedacht. Der Inhalt des allgemein verständlich geschriebenen Büchleins sei der Beachtung der modernen Damenwelt empfohlen! Bachem (Bonn).

49. **Die schnellsten und einfachsten qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden des Harns, Blutes und Magensaftes;** von R. Weiß. Berlin 1918. Fischers med. Buchh. VI u. 81 S. mit 22 Abb. im Text. (Brosch. 3 Mk.)

Manche der in Frage kommenden qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden sind für den Arzt und selbst für den Apotheker zu umständlich und zeitraubend, als daß sie Anspruch auf allgemeinen Gebrauch hätten. An ihre Stelle treten zahlreiche von W. ausgearbeitete Methoden, die schnell und sicher in der Sprechstunde oder am Krankenbett ohne eingehende chemische Kenntnisse ausgeführt werden können. Im einzelnen werden besprochen: die Untersuchung der physikalischen Eigenschaften des Harns, und qualitative und quantitative Bestimmungen der meisten normalen und pathologischen Harnbestandteile, sowie das Harnsediment. Hieran schließt sich an die Untersuchung des Magensaftes und des Blutes. Auch spezielle Reaktionen des letzteren, wie die Wassermannsche Reaktion, die Abderhaldensche Reaktion, Tuberkulinreaktion und Diagnose des Typhus und Maltafiebers finden Erwähnung. Von Nutzen sind auch die zahlreichen Literaturangaben bei den einzelnen Proben, die ein Spezialstudium ermöglichen. Bachem (Bonn).

50. **Kindersprache und Aphasie;** von E. Fröschels. Berlin 1918. S. Karger. 165 S. mit 5 Abb. (Brosch. 7 Mk. 80 Pf.)

Die interessanten Ausführungen F.s, die er als Gedanken zur Aphasielehre auf Grund von Beobachtungen der kindlichen Sprachentwicklung und ihrer Anomalien bezeichnet, müssen im Original nachgelesen werden, ein kurzes Referat könnte nur Einzelheiten herausgreifen. Eine Reihe von Krankengeschichten und Untersuchungsprotokollen ist beigegeben. Jolly (Halle).

51. **De schotfracturen der lange pijpbeenderen en hunne behandeling;** door A. Willemse. Nijmegen 1917. Naaml. Venn. Centrale Drukkery. 124 S. mit 22 Abb. (1.75 Gulden.)

Neu ist die Erklärung der Entstehung Schmetterlingsfraktur. Ferner die scharfe Trennung, die, im Zusammenhang mit der Knochenstruktur, in den Schußfrakturen von Epi-, Meta- und Diaphysen anzubringen ist. Schließlich die Einteilung der Diaphysen- und Epiphysenfrakturen, die pilzförmige Fraktur des Trochanter minor, die Einteilung der Schmerzhaftigkeit bei Nagelextension und die Beschreibung der Striae am Körper infolge längere Zeit fortgesetzter Extension. — 22 Abbildungen, meistens Röntgenaufnahmen, 2 Tabellen auf Tafeln und ein 151 Nummern umfassendes Literaturverzeichnis (nur vereinzelt nicht-deutsche Arbeiten). Lamers (Herzogenbusch).

52. **Über den Einfluß der Ernährung auf die Körpergröße;** von A. Lipschütz. Bern 1918. Max Drechsel. 32 S. mit 8 Abbild. (Brosch. 2 Mk.)

Die in einem Vortrag gehaltenen Ausführungen gipfeln darin, daß eine Nahrung auch dann unzureichend sein kann, wenn sie genügende Mengen Eiweiß, Fett und Kohlehydrate enthält. Die Körpergröße ist bei den einzelnen Bevölkerungsschichten verschieden; dies ist durch mannigfache Milieufaktoren, besonders durch die Ernährung bedingt. Auch die mittlere Körpergröße ganzer Völker kann temporär herabgedrückt und gehoben werden. Die durch Milieufaktoren herabgesetzte Körpergröße scheint nicht erblich fixierbar zu sein oder zu einem Rassemerkmal werden zu können. Nach Ansicht L.s wird der mittleren Körpergröße der europäischen Bevölkerung infolge der durch den Krieg bedingten Teuerung wahrscheinlich ein Sturz drohen. Der Kampf ums Dasein und damit auch der Kampf ums tägliche Brot wird noch lange nach dem Kriege sehr erschwert sein und der Krieg wird die Tendenz zur Verelendung großer Volksmassen außerordentlich stärken. Im Kampfe gegen diese Verelendung muß vor allem das Problem der Volksernährung eine gebührende Berücksichtigung finden.

Die beigefügten 8 Kurven illustrieren die statistischen Angaben. Bachem (Bonn).

53. **Über das medizinische Frauenstudium in Deutschland;** von J. Schwalbe. Leipzig 1918. G. Thieme. 63 S. (Brosch. 2 Mk. 75 Pf.)

Dieses Schriftchen gibt im wesentlichen die Äußerungen zahlreicher medizinischer Hochschullehrer über das Frauenstudium wieder, die darin gipfeln, daß dieses durchaus seine Berechtigung habe. Hinsichtlich des Fleißes stehen die weiblichen Studierenden keinesfalls hinter den männlichen Kollegen zurück, auch die Aufnahmefähigkeit und praktische Geschicklichkeit hält denen der Studenten die Wagschale. Ein Hauptnachteil für die Studentinnen ist der Umstand, daß manche ihren Beruf nach der Approbation aufgeben müssen: der Hauptgrund hierfür ist die Heirat; denn ärztliche Standespflichten und Berufstätigkeit vertragen sich nicht mit Mutterpflichten. Jedenfalls, so schließt Sch., ist das Medizinstudium der Damen existenzberechtigt und bildet einen Faktor im Hochschulleben, mit dem nun einmal gerechnet werden muß. Bachem (Bonn).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

85. JAHRGANG BAND 328 HEFT 5
NOVEMBER 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 328 | November 1918

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Krieg, Wohnungsnot, Tuberkulose.

Von

Dr. med. Fischer-Defoy

in Dresden.

Nachdem es der Hygiene gelungen ist, während des nun vier Jahre dauernden Krieges die sonst so gefürchteten „Kriegsseuchen“ gänzlich in den Hintergrund zu drängen, haben ihr die durch das Aufhören jeglicher Zufuhr vom Auslande her, durch das Brachliegen aller nicht unbedingt zur Kriegsindustrie gehörigen Betriebe von Grund auf veränderten Lebensverhältnisse neue Aufgaben geschaffen, über die Herr zu werden schwierig erschien. Infolge großzügigster Organisation, in der sich Industrie, Handel und Hygiene die Hand reichten, ist es gelungen, die Ernährung auf Bahnen zu lenken, die den Fortbestand der Volkskraft gewährleisten. Es ist auch alle Vorsorge getroffen worden, daß ein gesunder Nachwuchs dereinst die schweren Verluste an Menschenleben ausgleicht. Aber damit nicht genug. Während des Krieges ist das Gespenst der Wohnungsnot aufgetaucht, das zur Zeit alle Behörden wachhält und schon außerordentliche Maßnahmen gezeitigt hat.

Eine Wohnungsnot hat es auch schon vor dem Kriege gegeben. Nur hat sich der Begriff etwas verschoben. Während man jetzt von Wohnungsnot spricht, weil die Zahl der Leerwohnungen außerordentlich gering ist, legte man früher die Überfülltheit als Maßstab an. Von Mangoldt (Aus zwei deutschen Kleinstädten, Jena 1894), der 1893 die Wohnungen in Merseburg und Weißenfels untersuchte, fand, daß eine Wohnungsnot entweder darin zutage treten kann, daß viele Personen kein Obdach haben, oder darin, daß die Wohnungen selbst in irgendeiner Weise nicht den sozial-hygienischen Anforderungen entsprechen, sei es daß sie infolge ihrer Lage, ihrer Bauart der Wohlfahrt nicht zuträglich sind, sei es, daß ihre Benutzung, z. B. durch Überfüllung oder durch Gewerbebetriebe, Schaden bringt, oder daß der zu hohe Mietpreis sie der Allgemeinheit verschließt. Nach Stamm (Beitrag zur städtischen Bodenfrage, Inaug.-Diss. Halle 1914) leidet unter Wohnungsnot diejenige Familie, die unter normalen Verhältnissen trotz Aufwendung des ortsüblichen Mietpreises sich mit einer Wohnung begnügen muß, die in gesundheitlicher Beziehung zu erheblichen Bedenken Anlaß gibt. — Wir werden hier das Wort Wohnungsnot in dem jetzt allgemein üblichen Sinne gebrauchen, indem wir darunter den Mangel an Leerwohnungen verstehen. Wo er zum Ausdruck kommt, ist es einleuchtend, daß viele Wohnungen, die sonst wegen ihrer Nachteile nur mit großen Schwierigkeiten Mieter finden, bezogen werden müssen; ferner, daß auch viele Räume überfüllt sind. Zu Bedenken hat die Wohnungsnot auch schon vor dem Kriege Anlaß gegeben. So wurde bereits 1912 in Hessen (Soz. Praxis 1917, Nr. 13) festgestellt, daß 55000 Menschen in ungenügenden Wohnungen lebten, daß in diesem Jahre nur 3000 Wohnungen geschaffen, aber 3700 neue Familien gegründet wurden.

Schon ein kurzdauernder Krieg kann insofern eine Verschiebung im Wohnungswesen hervorrufen, als manche Haushaltungen, deren Ernährer im Felde ist, vorübergehend aufgelöst, mit anderen vereinigt werden und auf eine eigene Wohnung verzichten, während andere den Verhältnissen Rechnung tragen und, sei es vorübergehend, weil das Einkommen verringert, sei es dauernd, weil der Ernährer gefallen oder invalide geworden, aus einer größeren in eine kleinere Wohnung ziehen. Die Kriegsindustrien werden zahlreiche Arbeitskräfte vom Lande in die Stadt locken und dadurch zur Besetzung der noch freien Kleinwohnungen beitragen. Nach Friedensschluß, wenn die Krieger zurückkehren, wird gerade nach Kleinwohnungen eine allgemeine Nachfrage bestehen. Der deutsch-französische Krieg 1870/71, der doch kein Jahr dauerte und nicht einmal eine wesentliche Unterbrechung der Bautätigkeit mit sich brachte, so daß die Zahl der Leerwohnungen bei Friedensschluß gegenüber der vor Kriegsbeginn noch vermehrt war, hatte in Berlin eine derartige Wohnungsnot zur Folge, daß die Asyle überfüllt waren, alle nur erdenklichen Gelegenheiten, wie unbenutzte Fuhrwerke, die Drehscheiben der Bahnhöfe, zu Schlafstellen eingerichtet wurden („Post“ 1917, Nr. 72). Während man gewöhnlich normale Verhältnisse dort sieht, wo 3% aller Wohnungen leerstehen, eine Zahl, die sich je nach den örtlichen Verhältnissen innerhalb weiter Grenzen bewegen kann, in der Regel aber als zu niedrig angesehen werden muß, betrug in Berlin die Leerwohnungsziffer 1872 0,7, 1873 0,67, 1874 0,8%, um erst im folgenden Jahre auf 1,8, 1877 auf 5,9% zu steigen (Stat. Korr. 1916, Nr. 43). Auch in der Mietpreissteigerung kam die Wohnungsnot nach dem deutsch-französischen Kriege zum Ausdruck: in Leipzig betrug 1867 die jährliche Durchschnittsmiete für ein heizbares Zimmer 135, 1871 139 und 1875 184 Mark (Gerber, die Boden- und Wohnungsfrage, Wien 1918).

Im jetzigen Kriege spielen nun außer den oben erwähnten Verhältnissen bei der Wohnungsfrage noch eine besondere Rolle das Aufhören jeglicher Bautätigkeit und die Kriegstrauungen. Das Ausbleiben jeglicher der Bevölkerungszunahme entsprechenden Ergänzung der Wohnungszahl wie auch die notgedrungene Vernachlässigung wichtiger, zur Erhaltung der Wohnungen beitragender Instandhaltungsarbeiten drückt nicht nur die Leerwohnungsziffer herab, sondern läßt auch viele Wohnungen den hygienischen Ansprüchen nicht mehr genügen. Diesem Ausfall gegenüber steht nach Friedensschluß ein gewaltiger Andrang von Wohnungsuchenden: außer den Kriegsgetrauten, die sich ein eigenes Heim suchen, zunächst diejenigen, deren Haushalt vorübergehend aufgelöst wurde, dann aber auch nicht wenige Auslandsdeutsche, denen im fremden Lande der Boden entzogen worden ist; es werden aber viele von denen, die im Kriege aus einer größeren in eine kleinere Wohnung übergesiedelt sind, aus dieser zunächst noch nicht weichen. Der Hauptmann einer württembergischen Landwehrkompagnie stellte fest, daß von seinen Leuten, von denen 72 % verheiratet waren, nach dem Kriege 15 % nach einem eigenen Heim strebten (Bodenreform 1918, Nr. 13).

Im Laufe des Jahres 1916 und später haben zahlreiche Erhebungen zur Beurteilung der Wohnungsnot stattgefunden; in 45 deutschen Städten konnten vergleichbare Zahlen über den Zugang an neuen Wohnungen gewonnen werden (Reichsarbeitsblatt 1917, 14. Sonderheft). Es stellte sich heraus, daß

1912	9507	Wohngebäude	mit 64 107	Wohnungen
1913	7581	"	" 47 817	"
1914	6286	"	" 34 475	"
1915	2589	"	" 13 616	"
1916	1099	"	" 5 015	"

neugebaut wurden, d. h. 1916 nur ein Zwölftel der Wohnungen des Jahres 1912, wobei zu bedenken ist, daß von den 1099 Neubauten 290 Essen, 141 Cöln, 116 Buer, also Orte mit großen Industrien betreffen. In München wurden 1912 707, 1916 aber nur 16 Neubauten ausgeführt, während für Bochum die entsprechenden Zahlen 167 und 0, für Breslau 250 und 11, für Düsseldorf 854 und 26 betragen.

Dementsprechend ist in den meisten Städten auch die Leerwohnungsziffer zurückgegangen. 1916 war bei 27 von 34 Städten mit vergleichbaren Angaben eine Abnahme der Leerwohnungen festzustellen; in Essen standen nur 0,2, in Erfurt 0,3 (1914 = 1,3), in Kiel 0,3 (1913 = 3), Lübeck 0,6, Brandenburg 0,4, Cassel 1,2 % der Wohnungen leer (Reichsarb.-Bl. 1917, 14. Sonderh.). Ein weiterer Rückgang trat 1917 ein (Reichsarb.-Bl. 1918, Nr. 6, Sonderbeil.); in 52 von 71 Städten mit über 50 000 Einwohnern betrug die Leerwohnungsziffer weniger als 3 %. Die niedrigen Ziffern sprechen für sich selber; aber auch Werte, die auf den ersten Blick hin normal erscheinen, lassen bei näherer Prüfung auf eine Knappheit an Wohnungen schließen. Düsseldorf z. B. hatte 1917 4,3 % Leerwohnungen; trotzdem herrscht nach den Erfahrungen des dortigen Mietbureaus großer Kleinwohnungsmangel, und vielfach mußten Familien mit Kindern in einem einzigen Raum untergebracht werden, auch hat man bisher unbewohnbare Räume zu Wohnzwecken heranziehen müssen. Von Groß-Berlin berichtet die Statistik (Stat. Korr. 1916, Nr. 43), daß 1913 4,4, 1916 dagegen 6,6 % der Wohnungen leerstanden. Diese Zahl scheint nicht auf eine Wohnungsnot zu deuten; einen ganz anderen Begriff aber erhält man, wenn man die Zweizimmerwohnungen herausgreift, indem von ihnen am 15. Mai 1916 nur 3,2 % leerstanden (Rusch, Ztschr. f. Wohnungswesen 1916). Noch klarer sieht man, wenn man die einzelnen Stadtteile und Gemeinden miteinander vergleicht (Stat. Korr. 1917, Nr. 9). Die Leerziffer für Zweizimmerwohnungen betrug für 1916 im W. und SW. nur 1,5, in Charlottenburg 1,3, in Spandau sogar 0,2 %, so daß also in vielen Gegenden eine Kleinwohnungsnot schon jetzt besteht; sie wird auch durch zahlreiche Klagen beleuchtet, die von kinderreichen, von den Hauswirten abgewiesenen Familien herrühren (Bodenref. 1918, Nr. 10). Beuster (Die Aufgaben der Wohnungsfürsorge, Bauwelt, Berlin 1917) hat berechnet, daß schon bei normaler Nachfrage die im Frühjahr 1917 in Groß-Berlin vorhandenen Kleinwohnungen am Ende des ersten Friedensjahres vollauf besetzt sein werden; die Nachfrage wird die normalen Verhältnisse weit übersteigen. Andererseits scheint man vorläufig in Berlin noch nicht auf unbewohnbare Räume zurückgegriffen zu haben, sonst könnte Kohn nicht in seinen bekannten jährlich wiederholten Wohnungsuntersuchungen (Allgem. Ortskrankenk. Berlin 1917) festgestellt haben, daß seit 1914 die Zahl der bewohnten fensterlosen Räume, sowie die der bewohnten Dach- und Kellerwohnungen zurückgegangen sei.

Auch in Wien ist mit einer Wohnungsnot zu rechnen; am 12. April 1917 standen dort 8249 = 1,5 % der Wohnungen leer (Gerber, Die Boden- und Wohnungsfrage, Wien 1918), aber der alljährliche Bevölkerungszuwachs allein schon erfordert die Fertigstellung von 8400 Unterkünften, die während des Krieges zunächst unterbleiben muß.

Einen noch klareren Begriff von der zu erwartenden Wohnungsnot vermag das Ergebnis der sächsichen Wohnungszählung vom 12. Oktober 1916 (Dresd. Nachr. 1918, Nr. 141) zu vermitteln, bei der Erhebungen über alle diejenigen angestellt wurden, die nach dem Kriege beabsichtigen, sich eine eigene Wohnung zu nehmen; zwar erhält man auf diese Weise nicht ganz zuverlässige Zahlen, weil viele noch nicht den Ort ihrer Niederlassung anzugeben vermögen, man rechnete aber damit — was sehr hoch gegriffen erscheint —, etwa $^{2}/_{3}$ der in Betracht kommenden auf diese Weise festzustellen. Bringt man nun diese Wohnungsuchenden von der Zahl der Leerwohnungen in Abzug, so erniedrigt sich diese in Dresden von 3748 auf 1911, in Chemnitz von 2647 auf 1958, in Leipzig von 7405 auf 5662. In München standen am 16. September 1916 3753 Kleinwohnungen leer, aber bis zu diesem Zeitraum hatten 7668 Kriegstrauungen stattgefunden, und von diesen kamen voraussichtlich 6000 für Kleinwohnungen in Betracht (Bayr. Staatsztg. 1916, Nr. 215). Nachrichten wie solche, daß z. B. in Linz 30 wohnungsuchende Mütter mit Kindern vom Gemeinderat zurückgewiesen werden mußten (Bodenref. 1918, Nr. 2), lassen einen sichereren Schluß auf eine hochgradige Wohnungsnot zu als prozentuale Angaben.

Wohnungszählungen in größeren Bezirken haben außer der erwähnten sächsischen auch in Bayern (Bayr. Staatsztg. 1916, Nr. 215), wo das Ergebnis sehr ungleichmäßig war, aber doch in einzelnen Gemeinden, besonders auch in Mittelstädten mit weniger als 30 000 Einwohnern, erheblicher Mangel an Kleinwohnungen bestand, ferner in Westfalen stattgefunden, wo zwar auch nicht ein allgemeiner Wohnungsmangel herrschte; aber in vielen Gemeinden „bedarf die Lage aufmerksamer Beobachtung, und in verschiedenen ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine Kleinwohnungsnot nach dem Kriege zu erwarten“ (Reichsarb.-Bl. 1917, 14. Sonderh.). Das Statistische Amt schließt (ebendort) seine Betrachtungen über die Leerwohnungszählungen deutscher Städte mit den Worten: „Ist auch keineswegs mit einer allgemeinen Wohnungsnot nach dem Kriege zu rechnen, so ist die Lage in einer Reihe von Gemeinden doch außerordentlich ungünstig und die Gefahr eines Notstands nicht von der Hand zu weisen.“ Voraussichtlich wird die für die Mitte des Jahres 1918 geplante Reichswohnungszählung, die sich über alle Gemeinden über 5000 Einwohner erstrecken soll, weitere wertvolle Aufschlüsse über die zu erwartende Wohnungsnot ergeben.

Wie schon erwähnt, sind die sonst im Gefolge eines Krieges erscheinenden Seuchen jetzt so gut wie völlig

in den Hintergrund getreten. Allein die Tuberkulosesterblichkeit hat den steten Rückgang, den sie in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege aufwies, nicht eingehalten und seit Kriegsbeginn eine Zunahme erfahren, die Bedenken erregt. Endgültige statistische Angaben über Deutschland und die Bundesstaaten liegen noch nicht vor. Die Städte haben zwar das Material bei der Hand, doch ist es an vielen Orten aus politischen und militärischen Gründen untersagt worden, über die Sterblichkeitsverhältnisse Auskunft zu erteilen. So sind die zahlenmäßigen Grundlagen zunächst noch mangelhaft.

In Preußen war die Tuberkulosesterblichkeit von 30,95 auf 10000 Lebende im Jahre 1876 bis auf 13,90 im Jahre 1914 gesunken (Zeitschr. f. Tub., Bd. 28, H. 1). Im ersten Kriegsjahr konnte ein Steigen nach Kirchner (Ebenda Bd. 26, S. 161) noch nicht festgestellt werden. Seitdem aber ist sie nach Kraus (Berl. klin. Woch. 1918, Nr. 7) stark in die Höhe gegangen, und zwar sind an diesem Anwachsen alle Altersklassen mit Ausnahme der Kleinkinder beteiligt, eine Beobachtung, die auch Sieveking in Hamburg gemacht hat (D. med. Woch. 1917, Nr. 40). — Genaue zahlenmäßige Angaben liegen von einzelnen Städten vor. So starben an Tuberkulose, auf 10000 Lebende berechnet.

	1913	1914	1915	1916	1917	
in Breslau	25	26	28	29	37	

(Gerhardt, Münchn. med. Woch. 1918, Nr. 21)

	1913	1914	1915	1916	1917
Würzburg	15,7	18,3	15,8	21,5	23 (Ebenda)
Fürth	19,56	16,50	19,17	20,98	(Spaeth, Öff. Ges.-Pfl. 1918, H. 5)

In München starben 1913 1081, in den folgenden Jahren 1114, 1177, 1299, 1331 Menschen an Lungentuberkulose, wobei seit 1914 Verhältniszahlen nicht angegeben werden können, da die mittlere Einwohnerzahl nicht genau festliegt; da sie aber nach Angaben des statistischen Amtes zurückgegangen ist, kann man auch aus den absoluten Sterbeziffern auf einen Anstieg schließen. Anscheinend hat Berlin 1917 einen Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit gegenüber 1916 zu verzeichnen (Berl. Allg. Ztg., 30. Mai 1916).

Daß die Tuberkulosesterblichkeit in Heer und Marine angewachsen ist, läßt sich schon aus den Kriegsstrapazen zur Genüge erklären. Während sie in der Marine in den letzten 5 Friedensjahren 12,3 auf 10000 Mann Bestand betrug, ist sie in den ersten 3 Kriegsjahren auf 13,9, 16,4 und 27 gestiegen.

Besonders auffällig ist die Erhöhung in Wien. Die Tuberkulosesterblichkeit stieg nach Böhm (Wien. med. Woch. 1918, Nr. 9), nachdem sie von 90 im Jahre 1871 auf 29 im Jahre 1914 gesunken war, 1915 auf 36, 1916 auf 43 und 1917 auf 52, immer auf 10000 Lebende berechnet, wobei auch wieder die Kleinkinder am günstigsten gestellt waren.

Auch aus anderen Ländern kommen ähnliche Meldungen. In den Niederlanden starben 1914 8775, 1915 dagegen 9205 (Zeitschr. f. Tub., Bd. 27, H. 6). In Amsterdam stieg die Tuberkulosesterblichkeit von 14,55 im Jahre 1915 auf 20,42$^0/_{000}$ im folgenden Jahre (Mitt. d. K. Ges. A. 1918, S. 24). Wenn man für 1913 ihren Index auf 100 festsetzt, so betrug dieser 1916 für Amsterdam 122, für Rotterdam 130, für die Niederlande überhaupt 118 (Sajet, Zeitschr. f. Tub., Bd. 28, H. 3). In London starben 1914 14,3, 1915 16$^0/_{000}$ an Tuberkulose (Lancet, 11. November 1916), und von ganz England und Wales wird das Anwachsen der absoluten Sterbeziffer von 37055 im Jahre 1913 auf 41545 im Jahre 1916 gemeldet (Lancet, 20. Oktober 1917).

Wir sind also wohl berechtigt anzunehmen, daß nicht nur in Deutschland, sondern auch in allen mittel- oder unmittelbar am Kriege beteiligten Ländern die Tuberkulosesterblichkeit angewachsen ist. Wohlgemerkt handelt es sich aber nur um die Feststellung, daß die Sterblichkeit angestiegen ist. Mangels einer allgemeinen Meldepflicht fehlen uns alle zuverlässigen Angaben über die Morbidität. Aus den Sterblichkeitsziffern aber auf eine Vermehrung der Tuberkulose überhaupt zu schließen, sind wir keineswegs berechtigt. Sie ist nicht ausgeschlossen, ja sogar wahrscheinlich, aber der Beweis dafür fehlt. An und für sich läßt sich die erhöhte Sterblichkeit schon dadurch erklären, daß die Krankheit jetzt akuter verläuft und schneller zum Tode führt als früher, daß in selteneren Fällen eine Ausheilung oder ein Stillstand des Prozesses erfolgt, daß außerdem viel latente Tuberkulosen, deren Träger sonst ein hohes Alter erreicht hätten, zum Aufflackern und ungünstigen Abschluß kommen.

Es liegt nahe, die Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit mit der Wohnungsnot in Verbindung zu bringen. Man ist gewohnt, die Tuberkulose schlechthin als „Wohnungskrankheit" zu betrachten. Wir erinnern uns an die Untersuchungen von Romberg und Haedicke (Arch. f. klin. Med. 1903) in Marburg, von Marcuse (Vers. d. Ver. f. öff. Ges. 1904) in Mannheim, von Wernicke (in Mosse und Tugendreich, Krankheit und soziale Lage, München 1913) in Posen, von Müller (D. med. Woch. 1910, Nr. 35) in Göttingen, die alle den Rubnerschen Satz von der Parallelität der Tuberkulosehäufigkeit und der Wohndichte bestätigten, an die von Marié-Davy (3. Wohnungskongr. Dresden 1911), der in Paris feststellte, daß die Tuberkulosesterblichkeit mit der Fensterzahl in umgekehrtem Verhältnisse stand. Jacob (Die Tuberkulose und die hyg. Mißstände, Berlin 1911), Dörner (Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. 30, S. 143), Fischer-Defoy (Zeitschr. f. Tub. Bd. 20, H. 4/5) fanden auch auf dem platten Lande, daß dort die Tuberkulose besonders in den Häusern hauste, in denen die Wohnungen unhygienisch waren. Diesen Feststellungen haftet aber zum großen Teil der Nachteil an, daß sie sich auf den Sterblichkeitsziffern aufbauen. Nun ist aber zu bedenken, daß der Tuberkulöse wohl nie in der Wohnung stirbt, in der die Krankheit begonnen hat. Flügge (Großstadtwohnungen und Kleinhaussiedlungen, Jena 1916) macht darauf aufmerksam, daß viele Tuberkulöse in Krankenhäusern sterben, was auch bei derartigen Sammelforschungen zu beachten ist. Und Seiler (Erg.-H. 9. D. Stat. Zentralbl. 1916) erinnert daran, daß viele Tuberkulöse an zufälligen Krankheiten sterben und so der Mortalitätsstatistik entgehen. Nicht selten, zumal wenn eine ärztliche Totenschau fehlt, aber auch beim Bestehen einer solchen, wenn der Verstorbene nicht behandelt ist, ist die Diagnose unzuverlässig.

Man geht nicht fehl, wenn man annimmt, daß fast bei jedem Tuberkulösen sich die sozialen Verhältnisse verschlechtern, daß damit Hand in Hand auch die Möglichkeit sinkt, einwandfrei zu wohnen. Die Regel ist, daß die Sterbewohnung wesentlich ungünstiger ist als jede frühere. Nicht nur das; in Anbetracht dessen, daß solche Wohnungen die verhältnismäßig teuersten sind, wird in den meisten Fällen der Mietzins auch einen Teil der zu einer regelrechten Ernährung notwendigen Mittel verschlingen. Aus Untersuchungen der Münchener Ortskrankenkasse (Mosse-Tugendreich, Krankheit u. soz. Lage, München 1913, S. 581) geht hervor, daß bei den tuberkulösen Mitgliedern nach Abzug der Wohnungsmiete nicht das für eine ausreichende Ernährung erforderliche Geld bleibt. Schon die Ernährung allein aber kann auch bei günstigen Wohnungsverhältnissen auf die Verbreitung der Tuberkulose einen großen Einfluß haben, wie Schürmeyer beobachtete (Zeitschr. f. Med.-Beamte 1912, H. 20), der in einem Orte mit durchweg neuen, einwandfreien Wohnungen die Krankheit ausgebreiteter fand als in anderen mit alten und unhygienischen Unterkünften. Unter ungünstigen Einkommensverhältnissen entspricht aber die ganze Lebenshaltung nicht den geringsten hygienischen Ansprüchen; der Einzelne ist gezwungen, stets seine Kraft bis zur Erschöpfung im Kampfe ums Dasein einzusetzen, und irgendwelchen Forderungen des Körpers nach

Schonung kann nicht nachgegeben werden. Unter solchen Umständen sinkt die gesamte Lebensenergie. Eins kommt zum andern, aber alles in allem genommen ist es nicht gerechtfertigt, die Tuberkulose als Wohnungskrankheit im eigentlichen Sinne zu betrachten. Dagegen spricht auch, daß nach Flügge (a. a. O.) die Existenzbedingungen für das Gedeihen der Tuberkelbazillen selbst in den unhygienischsten Wohnungen zu schwierige sind, als daß sich infektiöse Stoffe unabhängig vom Kranken dort erhalten könnten. Neuerdings verimpfte Köhlisch (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. 81, H. 2) Staub aus Phthisikerwohnungen auf Tiere, aber kein Tier erkrankte; auch die Inhalation solchen Staubes hatte keinerlei Folgen. Letzten Endes bleibt immer der tuberkulöse Mensch die Quelle der Ansteckung. Das schließt aber durchaus nicht aus, daß nicht nur die Wohndichtigkeit, sondern auch die Beschaffenheit einer Wohnung, mehr noch die des Schlafzimmers, zur Verbreitung der Krankheit beitragen, auch ihren Verlauf wesentlich beeinflussen können, so daß die Frage, inwiefern die bestehende bzw. drohende Wohnungsnot eine Beziehung zum Anwachsen der Tuberkulosesterblichkeit haben kann, von diesem Standpunkt aus berechtigt erscheint.

Auch während des Krieges 1870/71 war ein deutliches Ansteigen der Tuberkulosesterblichkeit in einzelnen Städten zu beobachten, z. B. in Berlin, wo sie 1869 36,26, in den folgenden Jahren 40,44, dann 43,55 (1871), 38,36 und 34,26 auf je 10000 Lebende betrug. Aber hier ging ihre Erhöhung der Wohnungsnot voraus, die erst 1872 und 1873 ihre größte Ausdehnung erreichte und schließlich 1875 zu weichen begann. Ein ursächlicher Zusammenhang liegt also kaum vor, und man muß wohl in erster Linie auf die Verschlechterung der sozialen Verhältnisse, die auch ein kurzer Krieg mit sich bringt, zurückgreifen, um das vermehrte Sterben der Tuberkulösen zu erklären, das nur einen flüchtigen Charakter hatte.

Jetzt liegen die Verhältnisse wesentlich anders. Von einer allgemeinen sozialen Verschlechterung kann man kaum reden; wenn sich eine solche auch in manchen Kreisen geltend macht, so steht ihr gegenüber eine Erschließung neuer Erwerbsquellen, besonders für das weibliche Geschlecht, und eine ganz erhebliche Steigerung der Arbeitslöhne für ausgedehnte Volksschichten, so daß selbst die Nachteile der Teuerung dadurch zu einem nicht geringen Teile ausgeglichen werden. Demgegenüber stehen aber ganz erhebliche hygienische Mängel. Außer der bisher nur einen Teil der Bevölkerung treffenden Wohnungsnot macht sich besonders die Umformung der Ernährung des gesamten Volkes geltend; sie beruht nur zum kleinsten Teile auf einer Teuerung — nach Mosse (Mosse-Tugendreich a. a. O. ist schon eine solche allein von Einfluß auf die Tuberkulosesterblichkeit —, in erster Linie greift das Fehlen wichtiger Nahrungsmittel in die Lebenshaltung energisch ein. Nicht nur bei den Mittelmächten bestehen die Ernährungsschwierigkeiten, sondern auch die Gegner und Neutralen spüren sie. Wie wir gesehen haben, ist in England und Holland die Tuberkulosesterblichkeit gestiegen, ohne daß uns von dort Nachrichten über eine Wohnungsnot zugekommen wären, so daß man dafür wohl die veränderte Ernährung an erster Stelle verantwortlich machen muß. Daß wir aber auch bei uns an dieser Erklärung nicht vorübergehen können, geht auch daraus hervor, daß das Säuglingsalter nicht an der Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit beteiligt ist (Kraus, Berl. kl. Wochenschr. 1918 Nr. 7); ja in Wien (Böhm, ebd.) ist sie von 66 $^0/_{00}$ im Jahre 1913 auf 54 im Jahre 1917 gesunken. Das ist aber nur dadurch zu erklären, daß für die Säuglinge in hervorragendem Maße gesorgt wird; Einrichtungen wie Säuglingsfürsorge, Kriegspatenschaft, besonders aber die Zulagen von Lebensmitteln lassen ihre Lebenslage gegenüber der der Erwachsenen als überlegen erscheinen. Ferner spielen wirtschaftliche Verhältnisse eine große Rolle bei der Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit; besonders erliegen ihnen die latent Tuberkulösen, von denen manch einer durch hohe Löhne zur Arbeit in der Kriegsindustrie verlockt wird (Gerhartz, Med. Klin. 1917, Nr. 35). Er kann aber nicht haushalten mit seinen Kräften, die Ernährung ist ungenügend, er erliegt der Krankheit. Allerdings bessern sich nach Schultzen (Verh. d. D. Zentralk. f. Bek. d. Tub. 1916) viele Leichttuberkulöse im Heeresdienst; dabei muß man aber bedenken, daß die Ernährung des Soldaten immer noch besser ist als die des Zivilisten (zumal vor 1916!).

Jedenfalls unterliegt es wohl kaum einem Zweifel, daß die Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit mit der veränderten Ernährung im Zusammenhange steht. Ebensowenig kann man aber bestreiten, daß auch die ungünstigen Wohnungsverhältnisse manch einen Fall zum vorzeitigen Abschluß bringen. Nur ist es nicht möglich, in diesem oder jenem Falle mit Sicherheit die Wohnung allein verantwortlich zu machen. Es kommt eins zum andern, und der beschleunigte Ablauf der Krankheit in der Jetztzeit ist als das Ergebnis einer Reihe von ungünstigen Umständen zu betrachten, unter denen unzureichende Ernährung und schlechte Lebensverhältnisse, wie mangelhafte Wohnung — auch die Schwierigkeit der Reinigung, bedingt durch Seifenmangel, wäre zu erwähnen — an erster Stelle stehen.

Die eigentliche Wohnungsnot steht erst bevor; sie ist geradeso ein Symptom des Krieges, wie es die Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit auch ist. Sie zwingt uns aber gerade hinsichtlich der Tuberkulose zu ganz besonderer Aufmerksamkeit. Ob wirklich die Krankheit als solche schon eine größere Ausbreitung gefunden hat, ist fraglich; beweisen können wir nur, daß die Sterblichkeit angewachsen ist. Werden die Wohnungsverhältnisse noch ungünstiger, dann werden nicht nur noch mehr Tuberkulöse, die unter normalen Verhältnissen noch lange Jahre als nützliche Glieder der menschlichen Gesellschaft der Allgemeinheit Dienste leisten können, zugrunde gehen, denn zur Genesung brauchen sie luftige, helle Räume, sondern es ist auch die Möglichkeit einer weiteren Ausbreitung der Krankheit gegeben. In einer engen, nicht sauber gehaltenen Wohnung ist jeder der Gefahr ausgesetzt, sich von seinem tuberkulösen Mitbewohner anzustecken. Andererseits vermag der Körper sich unter solchen Verhältnissen nicht seine natürliche Widerstandskraft zu erhalten, die ihn gegen eine Ansteckung auch außerhalb der Wohnung schützt. Es ist also im Interesse der Tuberkulosebekämpfung mit allen Mitteln gegen die Wohnungsnot einzuschreiten.

Welche Wege muß nun die Tuberkulosebekämpfung in der Jetztzeit einschlagen? In erster Linie erfordert ein schärferer Kampf auch größere Gelder. Daß er aber mit allen Mitteln zu führen ist, hat der Staatssekretär des Innern im Reichstag anerkannt (Ztschr. f. Med.-Bl., Bd. 31, S. 270); das Reich hat die dazu erforderliche Beihilfe gegen das Vorjahr um 50000 auf 200000 M. erhöht (Voss. Zt. 19. Febr. 1913). W. Müller (Wien. klin. Wochenschr. 1917, S. 269) empfiehlt, zunächst Tuberkulose-Forschungsinstitute im Anschluß an große Tuberkulose-Spitäler einzurichten, damit endlich die Therapie in erfolgreiche Bahnen geleitet wird. Das Deutsche Zentralkomitee (Gesch.-Ber. 1917) berichtet, daß besonderer Wert auf die Aufklärung gelegt wurde und u. a. auch ein Tuberkulosefilm jetzt die Runde mache. — Im Vordergrund steht die Frage der Ernährung; naturgemäß ist sie deshalb besonders schwierig, weil die Zulagen an Tuberkulöse dem Bedarfe der Allgemeinheit entzogen werden müssen. In Frankfurt a. M. und Dresden hat man die Tuberkulösen je nach ihrem Stadium in Gruppen mit festgesetzten Nahrungszulagen eingeteilt.

Im übrigen darf die Fürsorge gerade jetzt, wo sie mit so vielen äußeren Schwierigkeiten zu kämpfen hat, nicht erlahmen. Zuerst gilt es immer wieder, die

Tuberkulösen ausfindig zu machen. Die Armee arbeitet mit den Gemeinden Hand in Hand, indem sie die entlassenen tuberkulösen Soldaten durch das zuständige Bezirkskommando der bürgerlichen Fürsorge überweist. Unter ihren Maßnahmen wird auch Wohnungsfürsorge besonders betont (Erl. d. Pr. Kriegsmin. 26. Juni 16). Dagegen erscheint, worauf Seil (Erg.-H. 9 d. Stat. Zentr.-Bl. 1916) aufmerksam macht, die militärische Rentenversorgung gerade für Tuberkulöse nicht hinreichend genug, um unhygienisches Wohnen zu verhüten. Es ist aber der Bau von Kleinwohnungen für Tuberkulöse in die Wege geleitet und pekuniär sichergestellt (Helm, Der Stand der Tub.-Bek. 1917, Berlin 1917). In Kopenhagen-Frederksberg hat man nach Permin (Dansk Sundhedstidende Aug. 1917) zunächst ein Gebäude für tuberkulöse Familien mit Gelegenheit zur Liegekur, in dem eine strenge hygienische Hausordnung durchgeführt wird, errichtet. Als Spezialhäuser für Tuberkulöse könnten auch die Freilufthäuser betrachtet werden, für die Sarason (Das Freilufthaus, München, Lehmann) eintritt. Ehe aber für die Tuberkulösen auch bei uns in solcher Weise gesorgt wird, muß die Fürsorge Hand in Hand mit den kommunalen Wohnungsbehörden versuchen, der Wohnungsfrage möglichst gerecht zu werden. Die spezielle Wohnungshygiene ist in den Händen der Fürsorgestellen wirksamer als die allgemeine, von den Gemeinden betriebene (Neufeld, Ztschr. f. Tub., Bd. 29, H. 2).

Richtet sich die spezielle Wohnungsfürsorge für Tuberkulöse in erster Linie darauf, die Quelle der Ansteckung unschädlich zu machen, so sollte die allgemeine Wohnungshygiene der Gemeinden das Ziel haben, der Tuberkuloseverbreitung den Boden zu entziehen, die Disposition zu bekämpfen und durch Schaffen gesunder Wohnungsverhältnisse das Heranwachsen eines tuberkulosefesten Geschlechts zu ermöglichen. Das drohende Gespenst der Wohnungsnot hat verschiedene Schritte veranlaßt, die für die gesamte Wohnungsfrage von bleibender Bedeutung sein werden. Nachdem am 6. Juni 1916 die Abgeordneten Hitze und Jäger im Reichstag die Einrichtung einer Zentralstelle für das Wohnungswesen gefordert hatten, wurde am 19. November 1916 der Deutsche Wohnungsausschuß (H. 1. d. Schriften d. D. Wohn.-Aussch., Berlin 1917) gegründet mit dem Ziel, einzutreten „für eine umfassende Lösung der Wohnungsfrage auf dem Wege, daß ein großes zusammenhängendes Reformwerk aller in der Wohnungsfrage zuständigen Faktoren — des Reiches, der Einzelstaaten, der Gemeinden, der gemeinnützigen, genossenschaftlichen und privaten Tätigkeit usw. — herbeigeführt wird. Insbesondere soll erstrebt werden, daß das Reich eine Zentralstelle für die gesamten Aufgaben der Wohnungsfürsorge begründet.“ Am 10. Mai 1918 (Soz. Pr. 1918, Nr. 33) wurde im Reichstag ein Eingreifen des Reichs in das Wohnungswesen für wünschenswert erklärt. Der Ausschuß für das Wohnungswesen verlangte aus Reichsmitteln die Gewährung von 500 Millionen; die Baustoffindustrie sollte wieder in Betrieb gesetzt werden, die Errichtung von Familienbaracken gefördert und gesunde Kleinwohnungen erbaut werden. — Zunächst hat erst das Kriegsamt es für wichtig gehalten, die Vorbeugung der Wohnungsnot für seine Pflicht zu halten (Wiener Soz. Pr. 1918, Nr. 40).

Bisher ist Preußen mit dem Beispiel vorangegangen. Nachdem ein ministerieller Erlaß die Provinzialbehörden zu Erhebungen über die Wohnungsnot und zu Änderungen, wie Zerlegung größerer Wohnungen, vorübergehender Freigabe von Dach- und Kellerwohnungen angeregt hatte (Soz. Pr. 1917, Nr. 7), teilte am 16. Januar 1918 der Finanzminister im Abgeordnetenhaus mit, daß die Staatsregierung 573 ha fiskalischen Geländes für Kleinhaussiedlungen zur Verfügung stellen würde, ein Gebiet, das für 96000 Menschen ausreichen würde (Berl. Tagebl., 22. Mai 1918). Die Regierung erklärte ihre Bereitwilligkeit, zur Herstellung von geeigneten Wohnungen und Notbauten geeignetes Bauholz zu liefern (Soz. Pr. 1918, S. 460). Am 28. März 1918 erschien das preußische Wohnungsgesetz (Ver. d. K. Ges.-A. 1917, Nr. 20), das allerdings kaum mehr als ein Provisorium bedeutet, und den Gemeinden hinsichtlich der Wohnungsordnung und -aufsicht einen weiten Spielraum läßt. Besonders enttäuschte, daß der Bodenwucher ganz unbeeinflußt durch das Gesetz blieb (Hueppe, Dtsch. Med. Wochenschr. 1918, Nr. 14).

Von entscheidender Bedeutung für Preußen dürfte aber die Ernennung eines Staatskommissars für das Wohnungswesen sein; er vereinigt in seinem Amte bisher auf 5 Ministerien verteilte Befugnisse (Soz. Pr. 1918, Nr. 35). Auch deshalb ist die Einrichtung besonders zu begrüßen, weil nun die Öffentlichkeit weiß, an wen sie sich bei allen kommenden Schwierigkeiten zu wenden hat (Dominicus, Soz. Pr. 1918, Nr. 36). Das Programm des Wohnungskommissars Frhr. von Coels gipfelt in der Bekämpfung der Wohnungsnot, deren Ausdehnung nach seiner Angabe noch nicht zu übersehen sei, und in der Aufgabe, alle Arbeiten für den Wohnungsbau, der in der Hand der Selbstverwaltungskörper liegt, zu verwirklichen zu helfen (Soz. Pr. 1918, Nr. 38).

Auch die anderen Bundesstaaten haben ein Eingreifen in die Wohnungsfrage für nötig erachtet. Im bayrischen Landtag sagte am 28. Februar 1918 die Regierung Entgegenkommen betreffs Überlassung von Rohstoffen zu Neubauten zu. In Sachsen sind die Kriegsämter angewiesen worden, das Bauen durch Milderung des Bauverbots und Freigabe von Baumaterial zu ermöglichen (Dresd. N. Nachr. 1918, Nr. 140, 1. Ausg.); für den dringendsten Bedarf sollen Holzhäuser von zehnjähriger Dauer errichtet werden. Auch wurde in Sachsen vom 1. Juni 1918 ab die staatliche Wohnungsaufsicht eingeführt (Soz. Pr. 1918, Nr. 20). In Braunschweig hat der Landtag eine Gesetzesvorlage zur Beschlagnahme leerstehender oder unbenützter Wohnungen für zwangsweise Einquartierung Wohnungsloser angenommen (Dresd. Nachr. 1918, Nr. 180). In Meiningen ist seit 9. Januar 1918 ein Wohnungsaufsichtsgesetz wirksam (Soz. Pr. 1918, Nr. 20), während Anhalt durch ein Gesetz zur Förderung des Kleinwohnungswesens die geldliche Beteiligung des Staates sowie baupolizeiliche Erleichterungen ermöglichte (Ebendas.).

Die Hauptlast in der Wohnungsfrage ruht naturgemäß auf den Schultern der Gemeinden. Zur Bekämpfung des augenblicklichen Notstandes kommt abgesehen von Verwaltungsmaßnahmen, wie Einrichtung von Wohnungsämtern, zunächst die Einrichtung von alten, bisher nicht hierzu dienenden Gebäuden zu Wohnzwecken in Betracht; mit solchen Plänen geht man z. B. in München (Soz. Pr. 1917, Nr. 13) um, und in Nürnberg ist die Stadt an das Generalkommando herangetreten, ihr freiwerdende Lazarette zu Notquartieren zu überlassen. Ferner hat man daran gedacht, Räume, die aus hygienischen Gründen nicht bezogen werden durften, zugänglich zu machen. So hat man u. a. in Groß-Berlin (Soz. Pr. 1917, Nr. 11), in Dresden (Dresd. Nachr. 1918, Nr. 169) vorgeschlagen, Dach- und Kellerwohnungen freizugeben, wenn auch nur für eine Reihe von Jahren. Gegen Dachwohnungen, deren Freigabe man auch in Baden vorgesehen hat (Sottmann, Gesundheit 1918, Nr. 12), ist nicht soviel einzuwenden als gegen Kellerwohnungen; jene lassen sich ohne große Schwierigkeiten hygienischen Ansprüchen anpassen, während bei diesen eine sehr strenge Beurteilung zu fordern ist, da sie ganz erhebliche gesundheitliche Nachteile bringen können. Ferner ist an die Teilung großer Wohnungen gedacht worden. Am tatkräftigsten würde jedoch durch Notbauten zu helfen sein. In Magdeburg (Soz. Pr. 1918, Nr. 20) hat man 20 Baracken in Lehmfachwerk mit Bruchsteinmauerwerk für je vier Familien errichtet.

Um die Wohnungsfrage dauernd zu lösen, ist dringend eine Dezentralisation des Wohnungswesens nötig,

wie sie von den Bodenreformern seit vielen Jahren, jetzt aber auch vom Deutschen Wohnungsausschuß (Schriften, H. 1, Berlin 1917) angestrebt wird. Damit würde auch der Tuberkulosebekämpfung in hervorragendem Maße gedient sein. Die Städte können durch Bauordnungen für eine gesundheitsförderliche Ausnutzung des Bodens sorgen (vgl. Genzmer und Küster, Bebauungsplan und Bauordnung, Dresden 1917). Die Kriegssiedelungsbewegung (ebendas.) hat vielverheißende Anfänge genommen und allgemeines Interesse bei allen hygienischen Körperschaften hervorgerufen (Rassenhyg. und Bevölkerungspolitik, Münch. Med. Wochenschr. 1917, Nr. 13—15). Um das Wohnungswesen aber dauernd auf die notwendige Höhe zu bringen, ist es notwendig, daß die Gemeinden den Bau von Kleinwohnungen selbst in die Hand nehmen (Mützelburg, Ztschr. f. Kommun.-Wiss. 1918, Nr. 7/8), oder zum mindesten den Baugrund zur Verfügung stellen. Dringend muß auch eine Beaufsichtigung der Mietpreise gefordert werden; mit ihnen steht die Durchführung einer hygienischen Lebensweise in engstem Zusammenhange. Der Rat von Dresden hat sich bei den Wohnungen, die anläßlich der Wohnungsnot freigegeben werden, ausdrücklich vorbehalten, die Mietpreise zu prüfen und, falls sie zu hoch, die Genehmigung zu widerrufen.

Wir kommen zu folgenden Ergebnissen:

1. An vielen Orten ist infolge der verschiedensten, mit dem Kriege in engstem Zusammenhange stehenden Verhältnisse, unter denen das Aufhören jeder Bautätigkeit besonders zu nennen ist, ein Wohnungsmangel eingetreten, der sich nach Friedensschluß noch beträchtlich steigern wird.

2. Im Verlauf des Krieges hat sich die Tuberkulosesterblichkeit beträchtlich gesteigert.

3. Aus dieser Steigerung einen Schluß auf eine Vermehrung der Tuberkuloseerkrankungen zu machen, liegt zunächst noch kein Grund vor.

4. Das Anwachsen der Tuberkulosesterblichkeit beruht auf einer Veränderung der gesamten äußeren Lebensverhältnisse; der tuberkulöse Prozeß kommt zu einem beschleunigten Abschluß, weil ein Schonen der Kräfte nicht mehr möglich ist; es ist in erster Linie die von Grund auf veränderte Ernährung hierfür verantwortlich zu machen, aber auch die ungünstigen Wohnungsverhältnisse sind nicht ohne Einfluß.

5. Die Wohnungsnot kann insofern für die Ausbreitung der Tuberkulose äußerst verhängnisvoll werden, als ungünstige Wohnungsverhältnisse erfahrungsgemäß die Ansteckungsmöglichkeit sehr erleichtern, andererseits aber auch der Körper bei gesundem Wohnen die für den Kampf gegen die Gefahren einer tuberkulösen Infektion notwendige Widerstandkraft erwerben kann. Auch im Interesse der Tuberkulosebekämpfung ist daher die Wohnungsnot mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu lindern; Staat und Gemeinde müssen der Tuberkulosefürsorge tatkräftig zur Seite stehen.

B. Auszüge.

I. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

540. **Nirvanol, ein neues Schlafmittel;** von G. Schellenberg. (D. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 101.)

Ein recht günstiges Urteil fällt Sch. über das *Nirvanol.* Er hat das Mittel in den Anstalten Ruppertshain und Neuenhain verwendet, etwa 1200 g in 2000 Einzeldosen bei schweren und leichten Fällen von Tuberkulose. Es leistete sicher dem Eiweißzerfall nicht Vorschub, schädigt den Zirkulations- und Respirationsapparat nicht, ruft keine Nierenreizung hervor. Bei einfacher nervöser Schlaflosigkeit reicht eine Einzelgabe von 0,25—0,3—0,5 g aus, um einen 5—6stündigen Schlaf hervorzurufen. Die durch Hustenanfälle bedingten Schlafstörungen wurden durch Nirvanol nicht beseitigt. Man reicht das Mittel in heißem Tee vor dem Zubettgehen. Milch ist nicht geeignet. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlen, Angewöhnung findet nicht statt. 0,5 Nirvanol entspricht ungefähr 2 g Sulfonal bzw. 2 g Chloralhydrat.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

541. **Über die Wirkung des Isoctylhydrocuprein (Vuzin) auf die Gasbrandgifte;** von R. Rieling. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1214.)

Die besprochenen Versuche zeigen die Möglichkeit, daß das Präparat auch da, wo die verwendeten und zur Wirkung gelangenden Konzentrationen zur völligen Abtötung der Erreger nicht mehr imstande sind, störend auf die Giftproduktion der Gasbrandbazillen wirkt und daß auch das im Körper gebildete Gift noch durch das Alkaloid bis zu einem gewissen Grade neutralisiert wird. Cordes (Berlin).

542. **Die Hemmung der Kochsalzausscheidung im Harn durch Adrenalin;** von W. Frey. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 3. S. 163.)

Beim Kaninchen wie beim Menschen bewirkt in die Blutbahn gebrachtes Adrenalin eine vorübergehende Kontraktion der Nierengefäße; außerdem übt das Adrenalin einen hemmenden Einfluß auf die Nierenzellen aus. Die Folge davon ist eine Verminderung der Harnmenge und eine Retention von Kochsalz. Die Stickstoffausscheidung zeigt beim Kaninchen unter Adrenalinwirkung ähnliche Schwankungen wie das Kochsalz, beim Menschen geht die Ausscheidung parallel den Harnmengen. Einige Fälle von Nierenkranken zeigten eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Adrenalin. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

543. **Das „Salusil" in der praktischen Medizin;** von F. Kuhn. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1641.)

Salusil ist auf elektro-osmotischem Wege gereinigte Kieselsäure.

Es dient als Streupulver bei aseptischen Wunden, bei Ekzemen auch in der Gynäkologie. Eine Kombination mit Jod eröffnet noch weitere Anwendungsgebiete.

Die Anwendung ergibt gute Erfolge.

Cordes (Berlin).

544. **Über Aphlogol, eine Karbol-Kampfer-Verbindung;** von J. Schwarz. (Allgem. med. Zentralztg. 1918. Nr. 5. S. 17; Nr. 6. S. 21.)

Die obengenannte Verbindung hat bei akuten Entzündungen der Haut und Schleimhaut eine kupierende

Wirkung entfaltet. Sie ist auch bei chronischen Nasen-Rachenerkrankungen ein gutes Mittel und leistet als Desinfiziens der oberen Luftwege gutes, wie sie auch Erfolge als symptomatisches Mittel bei Lungenkrankheiten hat. Fälle. Cordes (Berlin).

545. **Spät-Ikterus nach Neosalvarsanbehandlung;** von H. Fabry. (Med. Klin. 1918. Nr. 11. S. 260.)

Größere Anzahl von Fällen, aus denen F. den Schluß zieht, daß die Spät-Ikterusfälle zum größten Teil dem Salvarsan zur Last gelegt werden müssen. F. sah sich veranlaßt, an Stelle der Sterilisatio magna bei primärer Syphilis die Neosalvarsandosen zu reduzieren und kombiniert zu behandeln.

Cordes (Berlin).

546. **Zur Ordinationsweise organischer Quecksilber-Verbindungen;** von E. Rupp. (Therap. Monatsh. 1917. H. 5. S. 212.)

Die normalen salzartigen Verbindungen des Quecksilbers (Hg durch Sauerstoff mit dem C-Skelett verknüpft) werden beim Zusammenkommen mit Kochsalzlösung restlos zu Quecksilberchlorid, also „Sublimat" umgesetzt, so Hg. benzoicum, Sozojodol-Hydrarg. Beständig aber ist Hg. salicylic. Hg-oxycyanid verträgt sich nicht mit Alkaloiden, deren Säure durch ersteres neutralisiert wird. Hg-oxycyanid und salzsaures Kokain geben z. B. Sublimat und Cocain pur.

Brauns (Dessau).

547. **Über Botulismus;** von Dorendorf. (D. med. Woch. 1917. Nr. 49. S. 1531; Nr. 50. S. 1554.)

Das Syndrom des *Botulismus* — Fleisch-, Wurst-, Fischvergiftung — skizziert sich wesentlich durch einen *neuroparalytischen Symptomenkomplex:* Sekretionsstörungen, fast immer symmetrische totale oder partielle motorische Lähmungen (Läsionen des Zentralnervensystems) in der Regel ausschließlich in der Kerngegend vom Ende des dritten Ventrikels bis zum Beginn des Halsmarks lokalisiert. Bei den schwersten Vergiftungen erfolgt der Exitus durch Lähmung des Atmungszentrums, durch Herzlähmung oder durch Pneumonie. Ursache der Krankheit ist der streng anaërobe Bacillus botulinus. Nicht alle Personen erkranken, die von den infizierten Nahrungsmitteln (namentlich rohen Schinken) genossen haben: Der Bazillus durchsetzt die betreffenden Nahrungsmittel wahrscheinlich nicht gleichmäßig, sondern entwickelt sich in vereinzelten Inseln. Therapie: zunächst *Magenspülung,* auch wenn lange Zeit seit dem Genuß der giftigen Speise vergangen ist, *Klystiere,* große Einläufe. Die Schlundlähmung erfordert oft Schlundsondenernährung. — Kempner gelang es, durch Vorbehandlung von Ziegen mit steigenden Dosen des von van Ermengen dargestellten *Botulismustoxins* eine *aktive Immunisierung* zu erzeugen. D. wandte das Serum in einem anscheinend hoffnungslosen Falle mit vollem Erfolg an. Kobs zeigte, daß *Botulismusgift durch Diphthericantitoxin zum Teil unschädlich gemacht wird* und empfiehlt, in dringenden Fällen das überall erhältliche Diphtherieserum zu versuchen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

548. **Zur Lehre von der Vergiftung mit Essigsäure oder deren Essenz nebst Versuchen mit Vergiftungen von Tieren durch gasförmige Essigsäure;** von Schibkow. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 187—254. 1918.)

Sehr eingehende Arbeit. Zunächst interessiert die Mitteilung, daß die Aufnahmen in ein Petersburger Krankenhaus wegen Selbstmordversuch mit Essigsäure im Jahre 1905 4 betrugen, bis zum Jahre 1909 auf 200 anwuchsen und in der 1. Hälfte von 1910 sogar 133 betrugen, als Beweis für die große Wichtigkeit der Nachahmung beim Selbstmord. Es fällt diese Vermehrung zusammen einesteils mit der Aufnahme der Essigsäure in die Hauswirtschaften Rußlands, anderenteils mit der nach dem russisch-japanischen Kriege in Rußland einsetzenden Selbstmordepidemie. Als Hausmittel kam es nur selten in Anwendung.

Es werden besprochen: die *Eigenschaften* der Essigsäure, deren *tödliche Dosis* (das Gift ist äußerst heimtückisch, tötet bald mit wenigen Tropfen, bald erst in größerer Menge, wobei Alter und leerer oder gefüllter Magen maßgebend sind); *Wirkung der Essigsäure und Symptome der Vergiftung (starke,* ätzende und nekrotisierende Wirkung, Neigung und Schwellung der Schleimhäute, Erbrechen blutiger Massen, erschwerte Atmung, Sinken der Pulsfrequenz und Temperatur, Gelbsucht, Komplikation mit Pneumonie und Nephritis; erfolgt der Tod nicht in den ersten 2 Tagen, so ist Aussicht auf Genesung); *Feststellung der Vergiftung und Prognose* (außer den allgemein toxischen Erscheinungen der spezifische Geruch, üble Prognose bei schwerem blutigen Erbrechen, Gelbsucht, Nephritis und später Hilfe); *Ursachen des Todes: pathologisch-anatomische Veränderungen, dann Entstehungsmechanismus* (Erscheinen von Nierenepithelien im Urin zu beziehen auf Sinken des Blutdrucks infolge von Auflösung der roten Blutkörperchen, wodurch Blut klebrig und zäh wird. Essigsäure ist ausgesprochenes Blutgift, hämolysiert erst in gewisser Konzentration (Hinweis auf das Vorhandensein von Essigsäure im Körper, ihre Fähigkeit, Abbauprodukte zu lösen und fortzuschaffen, daher therapeutische Anwendung von Säuren bei infektiösen Erkrankungen). Durch ihre Fähigkeit tief in die Gewebe einzudringen und die Affinität zu den Lipoiden der Zellen gelangt sie in die Blutbahn, führt zu Verstopfung der Kapillaren und zu Gerinnseln und des weiteren zu allgemeiner Azidose. Bei schnellem Tod fehlen Ulzerationen im Magen. Feststellung nach dem Tode bei Fehlen des Geruches schwierig. Charakteristik der inneren Verätzung: bei Schwefelsäure braunschwarz, Salpetersäure gelborange, Essigsäure dunkelrot. Ähnlichkeit mit Oxalsäure-Vergiftung und Koma diabeticum. Fehlen der Verätzung spricht gegen Essigsäure und für letzteres. Wichtig ist der alkalische Urin bei Vorhandensein der anderen Symptome; bei Kindern Hyperämie der Lungen oder gar Pneumonie): *erste Hilfe* (Neutralisation mit Magensäure, alkalische Wässer und vorsichtige Ausspülung mit solchen, bei Erstickungsgefahr Tracheotomie); die *Prophylaxe* muß auf Entfernung der Essigsäure aus dem offenen Handel dringen.

Sch. hat eine Reihe von Versuchen von Vergiftungen durch Einatmung von Essigsäuredämpfen angestellt. Benutzt wurden Mäuse. Auch hier ergab sich die große Giftigkeit. Je nach Konzentration trat der Tod früher ein. Es ist zu unterscheiden eine Periode der Erregung mit zunehmender Unruhe, beschleunigter Atmung, Reizung der Schleimhäute und eine solche der Erschlaffung mit zunehmender Schläfrigkeit bis zur Benommenheit und Tod unter Herz- und Atmungsschwäche. Post mortem: ausgeprägte Lungenhyperämie, Blutaustritte in die Alveolen, Perivaskulitis und Ödem. Blut im Herzen zäh und geronnen, zuweilen Nierenhyperämie. Pneumonie scheinbar häufiger bei Vergiftung per os. — Das Eindringen der Essigsäure durch die Lungen ins Blut wird begünstigt durch ihre hygroskopische Eigenschaft, Affinität zu den Lipoiden der Gewebs- und Blutzellen und die Nachbarschaft der Blutgase. Die erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes ist eine Besonderheit der Essigsäure-

Vergiftung. Der hohe Prozentsatz der Sterblichkeit widerspricht der angeblich geringeren Giftigkeit organischer gegenüber der anorganischen Säuren.

Bezüglich der gerichtlich-medizinischen Diagnostik spricht die reichliche Menge von Gerinnseln im rechten Herzen für eine Vergiftung per os, im *linken* Herzen für eine solche per os und Atmung. Bei entstandener Azidose ist Lungenhyperämie, Blutaustritt in die Alveolen, Perivaskulitis und Ödem vorhanden. Fehlen der Lungenhyperämie schließt Essigsäure-Vergiftung aus. Hyperämie oder gar Entzündung der Lunge neben den anderen toxischen Erscheinungen machen Essigsäure-Vergiftung wahrscheinlich.

Kellner (Hubertusburg).

II. Innere Medizin.

549. **Quantitative Ernährungstherapie;** von Frhr. v. Pirquet. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 10.)

Gegenüber einer ängstlichen Bewachung der Qualität der Nahrung hat man im allgemeinen den Wert der Quantität vernachlässigt. Die Ausnutzung der Nahrung erfolgt auch, wenn sie ohne Eßlust aufgenommen ist. Viele Erkrankungen sind einfach die Folge von Unterernährung. Als Quantitätsmaß bei Säuglingen das Gewicht zu nehmen, verwirft v. P. und führt als Maßstab nach dem Vorgange von Rubner die Körperfläche ein. Ein ungefähres, leicht zu erhaltendes Maß der Körperfläche hat er in dem Quadrat der Sitzhöhe gefunden, eine Zahl, die gleichzeitig das Äquivalent der resorbierenden Darmfläche darstellt. Als Nahrungseinheit setzt er die menschliche Milch und bezeichnet 1 g = Nem. Es gibt 3 Ernährungsnormen. 1. Maximum: pro Tag für 1 qcm resorbierte Darmfläche 1 Nem. 2. Minimum: pro Tag für 1 qcm resorbierte Darmfläche $^1/_{10}$ Nem. Die Nahrung soll nicht weniger als 10 und nicht mehr als 20% an Eiweiß enthalten.

Geppert (Hamburg).

550. **Über Eingeweidewürmer;** von Cohnreich. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1236.)

Untersuchungen an 350 Insassen eines Reservelazaretts ergaben ein höheres Vorhandensein der Wurmkrankheit als in den Friedensstatistiken. Da es sich hauptsächlich um Garnisonssoldaten handelte, kann die Schädigung durch den Krieg nicht verantwortlich gemacht werden. Ernste Krankheitsbilder wurden als durch die Wurmkrankheit bedingt erkannt. Am gefährlichsten zeigte sich Ascaris lumbricoides, der bedrohliche Darmblutungen und peritonitische Erscheinungen verursachte. In allen Fällen zweifelhafter Magendarmerkrankungen, aber auch in vielen Fällen von Anämie, Neurosen u. dgl. dürfte eine Untersuchung auf Würmer von Vorteil sein.

Cordes (Berlin).

551. **Periodisches Fieber;** von A. Stühmer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1554.)

Mitteilung eines Falles; der Schienbeinschmerz die Folge einer örtlichen Ansiedlung des Erregers. Analogie zur Syphilis und Malaria, da über lange Zeit (4 Monate!) neuere sich wiederholende vollwertige „Anfälle" und Anfallsgruppen auftraten. Cordes (Berlin).

552. **Vorgetäuschtes Fieber;** von M. Behr. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1134.)

Bericht über Fälle vorgetäuschten Fiebers unter besonderer Berücksichtigung des sog. nervösen Fiebers und unter Hinweis des Einflusses der Suggestion und der psychischen Erregung bei Phthisikern.

Cordes (Berlin).

553. **Sinusströme als Koeffizienten in Fällen von Sekundenherztod.** (Gleichzeitig ein Beitrag zur Genese bei Status thymicolymphaticus); von H. E. Hernig. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 32. S. 1033.)

Bericht über 8 Todesfälle an mit Sinusströmen behandelten Patienten, die alle bei der Sektion pathologische Veränderungen aufwiesen, die als disponierende Koeffizienten anzusehen sind. Cordes (Berlin).

554. **Beobachtungen über die Wirkungsweise parenteral einverleibter Proteinkörper zu therapeutischen Zwecken bei Infektionskrankheiten;** von G. Holler. (Med. Klin. 1917. Nr. 39. S. 1038.)

H. legt in seinen Ausführungen dar, daß die Proteinkörpertherapie nicht in allen Fällen erfolgreiche Kuren erzielt, daß aber z. B. die Merck'sche Deuteroalbumose in der Hand des Erfahrenen ein wertvolles Therapeutikum ist, daß aber die Auswahl der Fälle und vor allem die richtige Dosierung, die noch Schwierigkeiten macht, den Erfolg entscheiden. Cordes (Berlin).

555. **Ein beim Menschen beobachteter Fall von Serumantianaphylaxie;** von G. Nachmann. (Med. Klin. 1917. Nr. 42. S. 1119.)

Nach der ersten Injektion eines Kubikzentimeters Diphtherieheilserums erfolgten bei einem 12jährigen Mädchen schwerste Erscheinungen, während die darauffolgenden weit größeren Serumdosen keine Reaktion mehr hervorriefen.

Es war also genau wie im Tierversuch der antianaphylaktische Zustand geschaffen worden. Der Fall zeigt ferner die große Berechtigung der Forderung einer Vorausschätzung kleinerer Dosen. Cordes (Berlin).

556. **Über Serumkrankheit;** von G. Ewald. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1321.)

Die ureigentliche Serumkrankheit ist ein kompliziertes Krankheitsbild und kommt selten voll zur Beobachtung.

E. bespricht die einzelnen Symptome und belegt seine Ausführungen mit Fällen.

Das Auftreten der Serumkrankheit ist nach Ansicht E.s keine Kontraindikation gegen die Serumbehandlung, selbst nicht bei gelegentlich schwereren Erscheinungen.

Cordes (Berlin).

557. **Weitere Erfahrungen über den therapeutischen Wert der parenteralen Milchzufuhr;** von J. v. Dziembowski. (Med. Klin. 1917. Nr. 49. S. 1294.)

D. empfiehlt den Versuch mit dieser Therapie bei schlechtheilenden Schußfrakturen und belegt das günstige Ergebnis mit Fällen. Cordes (Berlin).

---

558. **Spättetanus, Prophylaxis und Anaphylaxie;** von R. Mann. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1420.)

Beschreibung eines Falles von tödlich endendem Tetanus nach 82tägiger Inkubationszeit. Die subkutane

oder intramuskuläre Tetanusseruminjektion ist niemals gefährlich, hingegen führt die intravenöse Einverleibung bei bereits vorher erfolgter Seruminjektion oft zu schwersten anaphylaktischen Erscheinungen.

Geppert (Hamburg).

559. **Zur Frage des Spättetanus mit besonderer Berücksichtigung der erhöhten Infektionsempfänglichkeit des „geschädigten Substrats";** von Stutzin. (Med. Klin. 1917. Nr. 48. S. 1868.)

Häufigkeit des Spättetanus. Nicht nur die Infektion' sondern auch das geschädigte Substrat ist verantwortlich. Fall mit auftretendem Tetanus 4 Monate nach Verwundung trotz Serums, voraufgehende Erysipelinfektion.

Cordes (Berlin).

560. **Misch-Infektionen und Latenz-Erscheinungen der Malaria;** von H. v. Heinrich. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1317.)

Unter 1029 Fällen konnten 150 Mischinfektionen mikroskopisch nachgewiesen werden. Es handelte sich um Kombinationen zwischen Tertiana und Tropica, seltener zwischen Tertiana und Quartana oder Quartana und Tropica. Die Patienten werden im Frühjahr durch Mückenstiche mit Tertianaparasiten infiziert; im Herbst erfolgt dann eine weitere Infektion mit Tropica, deren Fieberanfälle sich dann weit in den Winter hinein erstrecken. Theoretische Ausführungen über Latenzerscheinungen. Ohne daß die Mischinfektionen klinisch besonders schwer verlaufen, gehen sie doch sehr leicht in ein chronisches Stadium über, da eine erfolgreiche Beeinflussung durch Chinin besonders erschwert ist.

Geppert (Hamburg).

561. **Zur Diagnose und Behandlung der Malaria tropica;** von K. Lehotay. (D. med. Woch. 1917. Nr. 3. S. 62.)

Nach L. sind bei der Diagnose und Behandlung der Malaria tropica die Temperaturverhältnisse unter 37° besonderer Berücksichtigung wert. Ist die Temperatur (das Minimum) über 36° und zeigen sich keine größeren Schwankungen, fühlt sich der Patient dabei wohl, so kommt man mit Chinin allein aus. Ist die Temperatur dauernd unter 36° oder zeigt sie größere Schwankungen, fühlt sich der Patient schlecht, so weist das auf eine Störung der Bluterzeugung hin; es ist neben Chinin auch Salvarsan zu verwenden.

Kadner (Dresden-Loschwitz.)

562. **Malariaparasiten und Neosalvarsan;** von B. Stein. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 14. S. 436.)

Nur die Jugendformen der Tropicaparasiten, die kleinen Tropicaringe, sowie die Teilungsformen können durch Neosalvarsan geschädigt werden; die Wirkung tritt aber nur ein, wenn das Präparat in der Zeit der Anwesenheit dieser Formen in die Blutbahn gebracht wird. Den erwachsenen geschlechtlichen wie ungeschlechtlichen Tropicaparasiten wird durch das Neosalvarsan kein Schaden zugefügt. Unter sehr günstigen Bedingungen kann es gelingen, in richtig abgepaßter Zeit durch Neosalvarsaninjektionen einen Anfall zu kupieren. Auch bei der Tertiana werden nur die Teilungsformen von Neosalvarsan beeinflußt.

Geppert (Hamburg).

563. **Zur Therapie der tropischen Malaria;** von K. Minarik und K. J. Schorrer. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 14. S. 426.)

Die Wirkung des Chinins bei verschiedenartiger Anwendung wurde an dem mikroskopischen Befund der Plasmodienveränderungen kontrolliert. Bei Einverleibung des Chinins per os setzt nach zwei Stunden bei intravenöser Zufuhr bereits nach einer Stunde eine Schädigung der ungeschlechtlichen Formen ein, die bereits nach 15 Stunden bei dem Ausbleiben erneuter Chininzufuhr abnimmt und nach 24 Stunden vollkommen geschwunden ist. M. und Sch. kamen nun auf die Idee, um eine dauernde Chininzufuhr in die Blutbahn zu ermöglichen, subkutane Chinindepots anzulegen; hierzu verwandten sie eine 50proz. Chinin-Glyzerinlösung, von der sie 5 ccm injizierten mit dem Erfolge, daß bereits nach 3 Stunden eine deutliche Schädigung der Ringe beginnt, die bis 36 Stunden nach der ersten Injektion anhält; 6 Stunden nach einer darauffolgenden zweiten Injektion sind dann die Ringe völlig verschwunden.

Erfahrungsgemäß stellte sich als die günstigste Therapie heraus 4 Chinin-Glyzerininjektionen 50% je 5 ccm; die zweite 36 Stunden nach der ersten, dann eine zwei- bis dreitägige Chininpause, dann noch einmal zwei Injektionen in einem Zwischenraum von 36 Stunden.

Geppert (Hamburg).

564. **Weitere Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Diphtherielähmung und Diphtherieantitoxin;** von H. Kleinschmidt. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 4. S. 261.)

Die neuen Untersuchungen bestätigen in vollem Umfang die früher von Kl. gewonnene Anschauung, daß zwischen dem Antitoxingehalt des Blutes und den Lähmungserscheinungen bei Diphtherie kein Zusammenhang bestehe.

Cordes (Berlin).

565. **Zur Ätiologie und Pathogenese des Wolhynischen Fiebers und des Fleckfiebers;** von P. Jungmann und M. H. Kuszynski. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 3 u. 4. S. 251.)

Die ausführlichen Darstellungen J.s und K.s ergeben daß sich nach dem heutigen Standpunkt über die Biologie und Morphologie die Erreger beider Krankheiten in Verbindung mit den klinischen Erfahrungen eine systematische Verwandtschaft von Fleckfieber und Wolhynischen Fiebers ableiten läßt.

Cordes (Berlin).

566. **Epidemiologische und klinische Beiträge aus der abgelaufenen Ruhr-Epidemie des Sommers 1917 in Baden-Leesdorf;** von G. Mayerhofer und A. v. Reuß. (Med. Klin. 1918. Nr. 4. S. 79.)

Epidemisches Auftreten von Shiga-Krusefällen. Der ländliche Teil der Stadt war bedeutend mehr getroffen, der Kurort Baden ganz verschont. Die schlechten Ernährungsverhältnisse ließen die Zivilbevölkerung bedeutend mehr betroffen sein. Die Isolierung erwies sich als Bekämpfung am erfolgreichsten. Klinisch waren auffallend Komplikationen durch Polyarthritis, Periphlebitis. Die Sterbefälle beschränkten sich fast ausschließlich auf Kinder und alte Leute. Die Serumtherapie mit Shiga-Kruse war am erfolgreichsten.

Cordes (Berlin).

567. **Ruhrfälle mit dem Nachweise des Erregers außerhalb des Darmtraktus;** von W. Nowicki. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1237.)

N. stellt aus einer größeren Literatur fest, daß das Bacterium dysenteriae nicht selten außerhalb des

Darmes gefunden worden ist, und zwar am häufigsten in der Milz, viel seltener in der Leber, den Leberabszessen oder den Gallenwegen und im Blute. In den Sektionsfällen wurde fast stets der Typus Shiga-Kruse, seltener Flexners festgestellt. Dem klinischen Verlaufe nach geben die Fälle ein typhusähnliches Bild, oder das einer mehr oder weniger schweren Infektion. Der Sektionsbefund dreier einschlägiger Fälle wird berichtet.
Kadner (Dresden-Loschwitz)

568. **Krankheitsbild und Behandlung der Ruhr im Heimatgebiet;** von Umber (klinischer Teil) und Friedemann (Bakteriologie der Ruhr). (D. med. Woch. 1917. Nr. 49. S. 1521.)

U. (I) beobachtete eine unter der Schwesternschaft des städt. Krankenhauses Charlottenburg-Westend ganz plötzlich, explosionsartig, ausgebrochene Massenerkrankung an Ruhr: in 24 Stunden erkrankten 56 Schwestern. Im Verlauf der ersten 6—48 Stunden traten allmählich an Zahl zunehmende Durchfälle mit kolikartigen Schmerzen ein. Tenesmen fehlten im Anfang, bei manchen dauernd, waren aber bei anderen das quälendste Symptom. 5 mal war die Milz unter dem Rippenbogen vergrößert palpierbar. Bei den meisten Kranken wurde im Lauf der ersten Woche die Darmfunktion wieder normal; bei anderen erlangten die Darmerscheinungen überhaupt keinen höheren Grad, doch blieb lange Empfindlichkeit gegenüber gröberer Kost bestehen. Nacherkrankungen fielen nicht auf. — In 52% der Fälle wurde als Erreger ein gleichartiger Pseudodysenteriebazillus gefunden. Die Pseudodysenteriebazillen rufen im allgemeinen leichtere Epidemien hervor, als der echte Kruse-Shiga-Ruhrbazillus. „Ruhr" bleibe jedoch ein klinischer Begriff und ihre Diagnose sei am Krankenbett zu stellen. — Die Kontaktinfektion habe bei der Entstehung dieser Hausepidemie keine Rolle gespielt. Der Ausbruch derselben sei auf die Nahrung zurückzuführen. — Die Frage, ob man bei Beginn der Darmerscheinungen abführen solle, beantwortet U. zustimmend und empfiehlt dafür Rizinusöl und warnt vor großen Opiumdosen. Nur bei erschöpfenden Durchfällen komme Stopfwirkung in Betracht (Morph. mur. Codeini phosph. ana 0,1, Aqu. destill. ad 10,0 3—4 × tägl. 10 Tropfen, Cohnheim). Spastische Koliken sind mit subkutanen Atropingaben (1 mg bis 3 oder 4 mal in 24 St.) zu bekämpfen. Von der Adsorbentien bevorzugte U. Toxodesmin, ein Präparat aus Tierkohle mit Natrium- und Magnesiumsulfat (Wiechowski). Bolustherapie gab keine ermutigenden Erfolge. Bei den wohl vorzugsweise durch Pseudodysenteriebazillen hervorgerufenen Epidemien der Heimat sei wohl von Serumbehandlung kein Erfolg zu erwarten.

Fr. (II) sagt hinsichtlich der Bakteriologie der Ruhr, daß, wenn nur die grobflockige Form der Agglutination berücksichtigt wird, diese durchaus spezifisch sei, und kann beim Shigabazillus eine Agglutination von 1:50, bei den giftarmen Stämmen eine solche von 1:150 als positiv gelten. Es dürfen nur Stämme benutzt werden, die die Agglutination ganz deutlich geben, da die Agglutinierbarkeit der Ruhrstämme ungleich und inkonstant sei. Eine Unterscheidung von Shiga und Y-Ruhr ist auf diesem Wege nicht immer möglich. Es kommt vor, daß das Serum von Shiga-Ruhrpatienten ausschließlich giftarme Stämme agglutiniert.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

569. **Zur Therapie der Ruhr;** von W. Kulka. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1299.)

Es bewährte sich eine innerliche Darreichung von Yoghurtmilch unter gleichzeitiger Anwendung von Tierkohleaufschwemmungen per Klysma. Es kam im Prinzip nicht nur darauf an, durch die in dem Yoghurt enthaltenen Milchsäurebazillen eine Umstimmung der Darmflora zu bewirken, sondern vor allem dem unterernährten Kranken eine ausreichende Kalorienmenge in geeigneter Form zuzuführen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

570. **Ruhrbehandlung mit Argentum nitricum;** von Brill. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1643.)

Die Höllensteinbehandlung beseitigte fast spontan die blutigen Stühle und erreichte eine kurze Rekonvaleszenz; die Verdünnung der zu den Einläufen verwandten Lösungen war anfänglich 0.5:500.0 später 1.0:500.0. Cordes (Berlin).

571. **Beobachtungen über Schutzimpfung bei Ruhr;** von v. Daranyi und E. Stransky. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1424.)

Während einer Ruhrepidemie in einer Militärstrafanstalt wurde eine Schutzimpfung mit Shiga-Kruse-Ruhrimpfstoff aus dem serotherapeutischen Institut in Wien mit sehr günstigem Erfolge ausgeführt. Nach durchgeführter Schutzimpfung nahm die Zahl der Neuerkrankungen ganz rapide ab. Bei den während der Inkubationszeit geimpften Patienten zeigte die Erkrankung einen leichteren Charakter.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

572. **Erfahrungen mit Ruhrserum;** von E. Wolff. (Allg. med. Zentr.-Zt. 1918. Nr. 7. S. 26; Nr. 8. S. 29; Nr. 9. S. 33.

Die intravenöse Seruminjektion gestaltet schwere Krankheitsbilder „entgiftend" um. Bei andern Fällen kürzt sie die Krankheit ab, bessert die lokalen Erscheinungen. Auch verhütet das Serum oft den Übergang der Ruhr in die chronische Form. Bei Rückfällen und in späten Stadien ist die Wirkung ungewiß.
Cordes (Berlin).

573. **Beobachtungen über Trichinose;** von W. His. (Med. Klin. 1917. Nr. 50. S. 1307.)

Das Krankheitsbild ist nicht immer voll entwickelt daher ist die Diagnose schwer. H. sah eine Häufung von Fällen in Nordpolen und bespricht seine gemachten Beobachtungen. Cordes (Berlin).

---

574. **Zum Kapitel von der hereditären Belastung bei Lungenschwindsucht;** von F. Reiche. (Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 7.)

R. negiert die erbliche Disposition, betont die erhöhte Ansteckungsmöglichkeit in der Familie als Ursache, daß so viele Kinder lungenkranker Eltern wieder lungenkrank sind. Cordes (Berlin).

575. **Die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose Erwachsener;** von E. Mühlmann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 36.)

Nach M. hat die Röntgenbehandlung tuberkulöser Drüsen der Operation den Rang abgelaufen. Am besten spricht auf die Röntgenbehandlung die entzündliche hyperplastische Drüse an. In 3—4 Sitzungen — ungefähr 10 Wochen — ist die Einschrumpfung auf Erbsengröße erreicht. Verkäste Drüsen reagieren langsamer, ebenso vereiterte Drüsen, deren Entzündungszustand noch nicht zu weit fortgeschritten ist. Schwappende Abszesse werden zu schnellerem Einschmelzen gebracht. Sie sollen nicht durch Schnitt eröffnet werden, sondern vielmehr durch Stichinzisionen. Der Röntgenbestrahlung sind auch die kleinsten Drüsen zugänglich. Nach Wetterer *wird in der Tat eine Ausheilung der Drüsentuberkulose bewirkt.* M. fand dies im allgemeinen bestätigt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

576. **Beziehungen der Tuberkulose zu Typhus und Ruhr;** von R. v. Chiari. (Wien. med. Woch. 1918 Nr. 2. S. 90).

Bei 18,3% der an Tuberkulose Verstorbenen fanden sich bei der Sektion Reste eines typhösen Prozesses. Wiederholt ist der Nachweis von Typhusbazillen im Blut bei schwer Tuberkulösen erbracht worden, ohne daß ein klinischer Typhus vorlag. Eine positive Gruber-Widalsche Reaktion kann unspezifisch durch das Fieber provoziert werden.

Die Ruhr geht bei asthenisch veranlagten Individuen häufig in das chronische Krankheitsbild mit schwerer Allgemeinschädigung des Organismus über. Die dabei immer vorkommenden Lungenkomplikationen können eine latente Tuberkulose zum Aufflackern bringen. Diese kann im geschwächten Organismus rasche Fortschritte machen und den letalen Ausgang herbeiführen.
Fränkel (Heidelberg).

577. **Die Friedmannsche Heil- und Schutzimpfung gegen Tuberkulose;** von Kruse. (D. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 147.)

Die Reinheit des Friedmannschen Mittels wird jetzt von K. überwacht. Die Schildkrötentuberkelbazillen erzeugen beim Warmblüter keine Tuberkulose, selbst nicht bei den hochempfindlichen Meerschweinchen. Die Gefahren der Lokal- und Allgemeinreaktionen sind nicht so groß, daß deshalb das Mittel verworfen werden darf. Über die Verwendung zu einer Schutzimpfung läßt sich nach den vorliegenden geringen Erfahrungen bei Meerschweinchen und bei Kindern noch kein sicheres Urteil fällen. Immerhin ist das Mittel, wie es jetzt von der Firma *Bram, Leipzig-Ölzschau* in den Handel gebracht wird, relativ unschädlich und wirksam.
Fränkel (Heidelberg).

578. **Vierjährige Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel;** von R. Goepel. (D. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 148.)

Nach den Erfahrungen an über 100 Fällen erwies sich der Impfstoff als ein streng spezifisches Heilmittel. Er ist dauernd unschädlich und besonders bei frischen Fällen von chirurgischer Tuberkulose wirksam. Günstig wirkt er auch bei beginnender Lungentuberkulose oder frischen Nachschüben, weniger dagegen bei alten, fortgeschrittenen oder narbig torpiden Krankheitsformen. Auszuschließen sind kachektische Kranke, solche mit allgemeiner Tuberkulose (Meningitis) und multiplen, schweren, tuberkulösen Herden. Die Wirkung ist eine langsame, so daß ein endgültiges Urteil erst nach Monaten oder Jahren abgegeben werden kann. Die ablehnende Beurteilung des Mittels im Frühjahr 1914 war vorschnell. Die theoretischen Voraussetzungen sind richtig. Die Versuche einer Schutzimpfung beim Neugeborenen sind berechtigt. Fränkel (Heidelberg).

579. **Einfluß der Typhusimmunisierung auf die Lungentuberkulose;** von Sorgo. (Med. Klin. 1918. Nr. 8. S. 184.)

Der Tuberkulöse besitzt nicht nur für Tuberkulin, sondern für jedes artfremde Eiweiß eine erhöhte Empfindlichkeit. Die Reaktion des tuberkulösen Körpers auf 1,0 Typhustoxin entspricht etwa der auf 1 mg Tuberkulin.

Tuberkulöse Herde werden durch Typhustoxin in derselben Weise wie durch Tuberkulin zur Reaktion gebracht. Fränkel (Heidelberg).

580. **Beeinflussung der Körpertemperatur durch Quarzlicht bei Tuberkulose;** von Levy. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 10. S. 269.)

L. beobachtete 3 Fälle, konnte aber eine Gesetzmäßigkeit der Einwirkung des Quarzlichtes auf den Temperaturverlauf nicht feststellen.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

581. **Diagnose der Miliartuberkulose;** von M. Netousek. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. H. 3. 1918.)

In zwei Fällen von Miliartuberkulose war es möglich, den Verdacht auf miliare Eruption durch ausschlaggebenden Röntgenbefund zu begründen; es gelang bei einer Exposition von 0,6—0,7 Sek. ein typisches Bild mit diffuser Verschleierung der Lungenzeichnung und distinkten, mehr oder weniger intensiven grobkörnigen Punkten herzustellen. Die Diagnose der Miliartuberkulose findet in der Röntgenographie eine wesentliche Stütze bei der Unterscheidung von symptomatologisch ähnlichen Affektionen. Kautz (Hamburg).

582. **Die Bronchialdrüsen im Röntgenbilde;** von Cerdeiras. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 244. 1918.)

Auf Grund von Vergleichen zwischen dem Sektionsbefund und dem Ergebnis der Röntgenuntersuchung kommt C. zu dem Schluß, daß weder die Verkäsung noch die einfache Durchsetzung der Bronchialdrüsen mit Tuberkeln, häufig nicht einmal die Vergrößerung im Röntgenbild erkennbar ist. Auch das gelegentlich als charakteristisch angegebene Merkmal, daß bei der Tuberkulose der sonst vorhandene Zwischenraum zwischen dem Hilusschatten und dem Mittelschatten verschwinde, ist durchaus nicht allgemein gültig. Um Überschätzung und kritiklose Verwertung von Röntgenaufnahmen zu vermeiden, ist weiterhin zu berücksichtigen, daß Ausdehnung und Intensität des Hilusschattens noch durch Stauung in der Lunge, Kompression durch Zwerchfellhochstand und pleuritische Schwarten beeinflußt werden können. Kautz (Hamburg).

583. **Die Ergebnisse der neuzeitlichen Tuberkuloseforschung und das Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906;** von Thiele. (D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 66.)

Th. wünscht, daß bei einer Neubearbeitung des Mannschaftsversorgungsgesetzes zugunsten tuberkulöser Heeresentlassener eine grundsätzliche Berücksichtigung der Ergebnisse der neuzeitlichen Tuberkuloseforschung stattfinden möge. Schwerkranke Tuberkulöse seien, im Hinblick auf den Schutz der Kinder vor Ansteckung, solange als möglich oder dauernd in Heimstätten zurückzuhalten. Den Angehörigen solle eine „Heimstättenzulage" gewährt werden.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

584. **Beiträge zur Hämatologie und Klinik des Skorbuts;** von Ph. Leitner. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 31. S. 978.)

Bei leichten sowie schweren Fällen relative Lymphozytose. Hohe Zahl der mononukleären Leukozyten, besonders in der Rekonvaleszenz (4—5%). Für lebhafte Zellenbildung spricht die stets gefundene hohe Zahl der Übergangsformen (3% — 7% — 14,5%), Myelozyten 2—2,5%, Abfall derselben in der Rekonvaleszenz. Fast ausnahmslos fieberfreier Verlauf der Erkrankung mit Ausgang in Heilung innerhalb 3 bis 4 Wochen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

585. **Über den Skorbut und seine Beziehungen zu den hämorrhagischen Dia-**

thesen; von P. Saxl und J. Melka. (Med. Klin. 1917. Nr. 37. S. 986.)

Der im Felde vielfach beobachtete Skorbut darf nicht zu den hämorrhagischen Diathesen gerechnet werden, da ihm bestimmte Charakteristika hierzu fehlen (Blutaustritte nach Traumen, Kontusionen). Beim Skorbut handelt es sich nicht um eine generalisierte Gefäßschädigung, sondern vielmehr um eine lokale Veränderung des Gewebes (Zahnfleisch), die sekundär zu Blutungen führt. Auch die völlig normale Blutzusammensetzung (Zahl der Blutplättchen) spricht gegen die Auffassung, daß der Skorbut zu den hämorrhagischen Diathesen gehört. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

586. **Was bedeutet im Röntgenbild die Zähnelung der großen Kurvatur des Magens?** von J. Schuetze. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. H. 3. S. 208. 1918.)

Das in verschieden starkem Grade auftretende, mehr oder weniger tief einschneidende, nicht ganz regelmäßig in seiner Aufeinanderfolge sich darstellende, aus zahlreichen kleinen Zackenbildungen bestehende Aussehen der großen Kurvatur, von Sch. „Zähnelung" benannt, ist als Ausdruck kleiner spastischer resp. hypertonischer Einziehungen entlang dem Verlauf der großen Kurvatur aufzufassen, durch welche die in der Längsrichtung des Magens laufenden Schleimhautfalten teilweise in geringer Ausdehnung quergestellt werden. Das unregelmäßige Auftreten derselben läßt die Annahme perigastritischer Verwachsungsstränge als unwahrscheinlich erscheinen. Als Ursache eines hypertonischen Zustandes findet sich nun stets ein Reizzustand, der bei klinischem Material fast ausschließlich durch ulzeröse Veränderungen bedingt ist. Und zwar kommen hier vor allem frische ulzeröse Prozesse in Betracht. Von differentialdiagnostischem Wert ist das außerordentlich seltene Auftreten der Zähnelung beim Magenkarzinom, wodurch sich das Auftreten derselben als ein nützliches Merkmal zur Entscheidung zweifelhafter Fälle darstellt. Kautz (Hamburg).

587. **Die Darmerkrankungen des diesjährigen Sommers;** von A. Albu. (D. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1351.)

Die Ergebnisse der interessanten Übersicht faßt A. zusammen: Bei den epidemieartig aufgetretenen Darmerkrankungen dieses Sommers wurden gleichzeitig zwei verschiedenartige Krankheitstypen beobachtet: neben den zahlreichen, durch Nährschäden hervorgerufenen Gastroenteritiden in noch größerer Menge infektiöse Enterokolitiden vom Typus der Dysenterie, die in ihren klinischen Erscheinungsformen mannigfache Variationen zeigte. Für die Diagnose der Ruhr ist nicht der bakteriologische, sondern der klinische Begriff entscheidend. Pathognomonisch ist hauptsächlich die Konzentration des Krankheitsprozesses im unteren Dickdarm.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

588. **Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der infektiösen Darmerkrankungen;** von G. Klemperer und L. Dünner. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 9. S. 313.)

Aus den Beobachtungen ergibt sich, daß die bakteriologische Diagnose der Ruhr ganz unsicher ist, daß die serologische Untersuchung die Diagnose etwa in 60% der Fälle sichert, während ihr negativer Ausfall unverbindlich ist. Klinisch ist die Diagnose der Ruhr nur in schweren Fällen mit Sicherheit zu stellen. — K. und D. sind der Meinung, daß die Häufung infektiöser Darmkatarrhe im Sommer zum großen Teil durch die abnorm hohen Temperaturen im Juli erklärt wird; sie sei nicht auf die Ernährung, namentlich nicht auf die Beschaffenheit des Brotes zurückzuführen. Direkte Kontagion vom Felde aus und vermehrte Fliegenzahl sind dafür verantwortlich. Das Trinkwasser kann nicht angeschuldigt werden. — Das rektoskopische Verfahren hat sich für die Sicherung der Ruhrdiagnose nicht bewährt. — Infektiöse Diarrhöen sind im Anfang mit Abführmitteln (Ol. Ricini) zu behandeln (jetzt wegen Mangel an Ol. R. Kalomel). Zur Lösung des häufigen spastischen Dünndarmverschlusses wurde Solut. Atropini 0,01:10,0 (1—2mal tägl. 10—20 Tropfen) angewandt. Bei heftigen Schmerzen und Tenesmen wurde Opiumtinktur oder Suppositorien von Extr. Opii mit Extr. Belladonnae (aa 0,03) mit Erfolg verwendet. Bolus scheint mir bei leichteren und mittleren Fällen von Ruhr wirksam zu sein; daneben Tanninpräparate, auch Kalkpräparate. Spülungen des Darmes in schwereren Fällen mit $^1/_2$proz. Tanninlösung wurden angewandt, wenn sie nicht Schmerzen verursachten, bei reichlichen Blutungen mit Zusatz einiger Kubikzentimeter 1‰ Adrenalin. Von größter Wichtigkeit sei gute Pflege und sorgfältigste Beaufsichtigung der Rekonvaleszenz. Kadner (Dresden-Loschwitz).

589. **Beitrag zur Röntgendiagnostik tropischer Colitiden;** von P. Reinhardt (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1917. Nr. 25. S. 124.)

Zu den Darmkrankheiten der warmen Länder, die auch bei uns zur Beobachtung gelangen, gehören nur zum kleineren Teil akute, meist dagegen chronische, evtl. exacerbierende Infektionen, wie die Amöben- und Bazillenruhr und bei farbigem Krankenmaterial noch die Darmtuberkulose. Weiter kommen noch Residuen durchgemachter Colitis ulcerosa in Betracht. Bei der Bazillenruhr ergibt die Röntgenuntersuchung als auffallende Merkmale einmal eine hochgradige Atonie der Darmwände, als Ausdruck der „diphtheritischen Entzündung der Dickdarmschleimhaut" und dann eine Unterbrechung des Dickdarmausgusses durch wolkige Aufhellungen, die in der starken serofibrinös-schleimigen Exsudation des Dickdarms ihre Erklärung finden dürften. Bei der Amöbenruhr überwiegen die Stierlinschen Zeichen, der Füllungsdefekt und die marmorierte Zeichnung, die mit Sicherheit auf das tiefergreifende Amöbengeschwür hinweisen. Nach peroraler Zufuhr des Kontrastbreies zeigen sich als Spätsymptome oft gröbere und feinere Rückstände bei sonst völlig leerem Darm, entweder oberhalb einer Stenose oder als Geschwürbelege. Bei dem oft chronischen Charakter werden auch Ausheilungs- resp. Vernarbungsprozesse meist nicht vermißt werden: zu diesen gehören Stenose oder Insuffizienz der Bauhinschen Klappe, Sichtbarkeit des Wurmfortsatzes (Anomalien der Gerlachschen Klappe), Formanomalien des Darmes, entzündliche Fixationen und Adhäsionen. Die Veränderungen im röntgenologischen Darmbilde bei Tuberkulose entsprechen denen in klassischer Weise von Stierlin beschriebenen. Als unspezifische Erkrankungen kommen die Colitis mucosa und ulcerosa in Betracht. Als Ausdruck des chronischen Reiz- und Entzündungszustandes findet man bei der C. mucosa den ganzen Dickdarm erfüllt mit kleinen runden Bariumstippchen, die nur an den Flexuren durch stärkere Gas- und Schleimansammlungen unterbrochen sein können. Bei der C. ulcerosa stehen wieder die Stierlinschen Zeichen im Vordergrund: die zirkumskripte Hypermotilität der geschwürigen Stelle, welche den charakteristischen Füllungsdefekt verursacht, und die abnorme Strukurierung von Wandbelegen innerhalb des Füllungsdefektes.
Kautz (Hamburg).

590. **Über Aszites bei Leberzirrhose;** von M. Simon. (Nord. med. Ark. 1917. Avd. II. Heft 1—2. Nr. 3.)

Die Arbeit ist in 3 Kapitel geteilt, deren erstes über die Pathogenese der Aszites bei Leberzirrhose handelt. Das zweite betrifft die Resultate der Talma-Morisonschen Operation. Das dritte bietet eine Zusammenstellung nicht operierter Fälle von Leberzirrhose mit Aszites. Kadner (Dresden-Loschwitz).

591. **Vergleichende Wurmeier-Untersuchungen in Mazedonien;** von W. Fricke. (D. med. Woch. 1917. Nr. 27. S. 845.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind kurz folgende: Die Zahl der Infizierten betrug durchschnittlich 33 % der Untersuchten. — Die von Telemann modifizierte Miyagawasche Anreicherungsmethode ist der Untersuchung des einfachen Stuhlpräparates durchaus überlegen. — Der Nachweis auch nur weniger Würmer kann bedeutungsvoll sein.

Kadner (Dresden-Loschwitz.

---

592. **Ödemkrankheit — eine albuminurische Nephropathie;** von M. Franke und A. Gottesmann. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 32. S. 1004.)

F. u. G. fanden fast in allen Fällen von Ödemkrankheit deutliche Abweichungen von der normalen Ausscheidungsart der Nieren für die körpereigenen und für körperfremde Stoffe (Uranin, Jodkali, Milchzucker). Es ließen sich zwei Gruppen unterscheiden. In der ersten war hauptsächlich die Ausscheidung körpereigener Stoffe pathologisch, namentlich die des Harnstoffes, seltener die des Kochsalzes oder beider; außerdem war die Ausscheidungsdauer des Jods und Milchzuckers, eventuell des Uranins pathologisch. Zur zweiten Gruppe gehören Fälle, die nur Störungen der Ausscheidung der körperfremden Stoffe zeigten. In allen Fällen nehmen F. und G. eine funktionelle (Hypo-) Adynamie der Nieren an. Die Erkrankungen sind zu den Nephropathien zu rechnen. Die Nierenkapillaren (der Glomuruli) nehmen am meisten an der Erkrankung teil.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

593. **Überraschende Todesfälle durch Nephritis;** von A. Dietrichs. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 22. S. 521.)

Mehrere Fallgeschichten, in denen bei überraschend auftretendem Tod als Ursache eine Glomerulonephritis festgestellt wurde. D. nimmt an, daß durch Rückwirkung der Nierenschädigung auf das Zentralnervensystem, auch ohne Erregung der Krampfzentren, das Erlahmen der Herz- und Atemtätigkeit herbeigeführt wird. Cordes (Berlin).

594. **Die Grundlagen der Urämiebehandlung;** von E. Reiß. Therap. Monatsh. 1917. Nr. 7. S. 281.)

Der Arbeit liegt folgende Einteilung zugrunde: 1. Harntreibende Mittel; 2. Maßnahmen zur Nierenentlastung durch Inanspruchnahme anderer Organe und 3. Bestrebungen, um die Konzentration der in den Gewebssäften zurückgehaltenen Substanzen herabzusetzen. Es werden die theoretischen Grundlagen der üblichen Therapie besprochen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

595. **Beitrag zur Therapie der hämorrhagischen Nephritis;** von S. Wolff. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 9. S. 381.)

Günstige Erfolge gegen Nierenblutungen mit Thrombosin (chem. Industrie, Hardan (A. H. Boller & Co., Zürich). Das Mittel scheint hauptsächlich bei denjenigen häufig beobachteten Fällen zu wirken, bei denen sich dauernd viel Blut, aber wenig Eiweiß im Urin findet.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

596. **Über das Verhalten der Lipoide bei der akuten Nephritis im Kriege;** von A. Finger und V. Kollert. (Med. Klin. 1917. Nr. 31. S. 840.)

Im Harnsediment findet man lipoide Substanzen auch bei den akuten Nephritiden des Krieges. In diesen Fällen handelt es sich meistens um eine Glomerulonephritis mit einzelnen Anzeichen einer Nephrose; bemerkenswerterweise verschwinden die Lipoide, wenn ein Rückgang der nephrotischen Symptome erfolgt.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

597. **Das Blutbild bei Fleckfieber und seine praktische Bedeutung;** von F. Schiff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1193; Nr. 39. S. 1229).

Sch. fand bei *Fleckfieber* stets *typische Veränderungen des Leukozytenblutbildes*, und zwar waren diese nach den Krankheitsstadien verschieden. In den ersten Tagen ist die Gesamtzahl vermindert oder annähernd normal; dann erscheinen jugendliche und stabkernige neutrophile (Reizung des myeloischen und lymphozytischen Systems, Arnethsche Verschiebung nach links) einerseits, Frühformen der Lymphozyten andererseits von Tag zu Tag in wachsender Zahl. Am Ende der ersten Woche sind die Eosinophilen verschwunden. — In der zweiten Woche nimmt die Gesamtzahl zu, die Stabkernigen nehmen ab, große Mononukleäre vermehrt, Auftreten von Reizformen, Plasmazellen und anderen Einzelligen. Es können 2 Typen von Fällen unterschieden werden: a) starke Hyperleukozytose mit starker Vermehrung der Mononukleären, relative Neutropenie (buntes Blutbild, Schilling) und b) mäßige Hyperleukozytose, geringe Vermehrung der großen Mononukleären. Der erste Typus war häufiger. Das Blutbild ist diagnostisch verwertbar. Die *Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Flecktyphus* kann *vor Auftreten des Exanthems* und vor positivem Ausfall der Felix-Weilschen Reaktion gestellt werden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

598. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Symptomatologie und Therapie der primären Polyzythämie;** von M. Lüders. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 460.)

Verschiedene Art des Auftretens der Polyzythämie; Theorien über die Entstehung; Zellensäure; Fall, der günstig mit Röntgenstrahlen beeinflußt wurde.

Cordes (Berlin).

599. **Über das Vorkommen von Purpura simplex bei Serumkrankheit;** von H. Widmer. (Med. Klin. 1917. Nr. 39. S. 1041.)

Auf Grund von Fallgeschichte weist W. nach, daß beim Menschen eine ausgesprochene Purpura simplex das Serumexanthem begleiten resp. dieses als Purpura simplex in Erscheinung treten kann, ja daß dieses nur in Form der Purpura auch bei der typischen Serumkrankheit auftreten kann. Cordes (Berlin).

600. **Über die Behandlung der Leukämie mit Tiefenbestrahlung;** von E. Rosental. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 39. S. 937.)

R. betont, daß unter der Einwirkung der Tiefenbestrahlung bei den beobachteten Fällen die Leukozytenzahl zur Norm zurückkehrte, gibt indes zu, daß die Dauer der Wirkung noch nicht festgelegt ist. Auch sind durch den allzu raschen Zerfall der weißen Blut-

körperchen toxische Wirkungen zu befürchten. Die roten Blutkörperchen wurden nicht wesentlich beeinflußt. Cordes (Berlin).

601. **Hämorrhagische Diathese (essentielle Thrombopenie) durch Milzexstirpation geheilt;** von E. Benecke. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 12. S. 418.)

B. nimmt Bezug auf die Publikationen Franks über essentielle Thrombopenie und Aleukie, womit dieser Autor verschiedene Grade des Morbus Werlhofii bezeichnet, sowie auf eigene Publikationen, und schildert einen Fall: Die Kranke trat 17jährig zum ersten Male in Behandlung wegen anhaltenden Menstruationsblutungen heftigster Art. Die Menstruation war auch später häufig mit sehr starkem Blutverlust verbunden. Mit 20 Jahren kam sie deshalb wieder in Behandlung. Blut: 30% Hämoglobin (Sahli), 2104100 Erythrozyten, 3200 Leukozyten, 47891 Plättchen im Kubikmillimeter. Therapie: Solarsominjektionen, Liquor ferri alb. Die nächste Menstruationsblutung setzte wiederum sehr stark ein und widerstand den angewandten Mitteln. Erst nach 15 ccm 3proz. Koagulen intravenös ließ sie nach. Von da an Gewichtszunahme, nach 12 Tagen 30% Hämoglobin, 3,408000 Erythrozyten, 4400 Leukozyten, aber nur 38370 Plättchen. Die Blutungen verschlimmerten sich, so daß schließlich zur Milzexstirpation geschritten wurde, die gut verlief. Eine Woche danach war der Blutabstrich überschwemmt von Plättchen, nur wenig Blut trat aus der Fingerbeere. Unter den Erythrozyten fanden sich Normoblasten. Hämoglobin- und Erythrozytengehalt stiegen an. *Die wieder auftretenden Menses verliefen in normaler Stärke und 2tägiger Dauer.* Kadner (Dresden-Loschwitz).

602. **Über Purpura haemorrhagica fulminans;** von A. Alexander. (D. med. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1564.)

Der Fall betraf einen schwächlichen, tuberkulösen Mann, der, durch den Kriegsdienst überanstrengt, unter höchst ungünstigen hygienischen Umständen (Massenquartier) untergebracht war. Er erkrankte plötzlich an Purpura haemorrhagica und starb nach sieben Tagen. A. nimmt an, daß die Schädigung primär darin bestand, daß das Blut mit Tuberkelbazillen überschwemmt wurde. Die Toxine rufen Stasenbildung und Blutaustritte hervor. Blutungen in die Nebennieren hindern die Absonderung der antitoxischen und hämostyptischen in ihnen gebildeten Hormone, wodurch es zu einer Steigerung der einfachen Purpura zu einer fulminanten Form kommt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

603. **Über puerperale rezidivierende schwere Anämie, zuletzt mit Osteomalazie als innersekretorische Störungen;** von Naegeli. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 47. S. 1513.)

An der Hand einer sehr ausführlichen Krankheitsgeschichte beweist N. seine Auffassung vom Wesen der Osteomalazie, die dahin geht, daß die Osteomalazie durch eine primäre Erkrankung des Knochenmarks entsteht, ausgelöst durch eine abnorme Hyperfunktion der weiblichen, seltener der männlichen Keimdrüsen. Als besondere Punkte, die die Auffassung stützen, werden angeführt: 1. Heilung der Osteomalazie durch Eisen-Arsen parallel mit der Anämie. 2. Die stets bei Sektionen Osteomalazischer gefundene Wucherung des Knochenmarks und Umwandlung in rotes Mark. 3. Vorkommen osteomalazischer Anämien mit Zeichen der Knochenmarkreizung: Auftreten von Myelozyten im Blut, Eosinophilie usw.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

III. Neurologie.

604. **Die allgemeine nervöse Erschöpfung;** von Quaet-Faslem. (Psych.-neurol. Wochenschr. 1917. Nr. 52.)

Qu.-F. teilt die allgemeine nervöse Erschöpfung in folgende Unterabteilungen ein: Allgemeine nervöse Erschöpfung, ohne Komplikationen. Allgemeine nervöse Erschöpfung kompliziert durch lokalisierte Organbeschwerden meist gastrointestinaler oder kardiovaskulärer oder schließlich sexueller Natur. Allgemeine nervöse Erschöpfung mit depressiver Verstimmung bis zur ausgesprochenen Hypochondrie. Allgemeine nervöse Erschöpfung mit zerebralen oder spinalen Begleiterscheinungen, wie funktionellen Lähmungen und Kontrakturen, Bewußtseinstrübungen und Krampfzuständen. Allgemeine nervöse Erschöpfung mit ausgesprochenen Zwangszuständen (Zwangsdenken und Zwangshandlungen). Allgemeine nervöse Erschöpfung bei angeborener Psychopathie und geistiger Minderwertigkeit. Qu.-F. faßt seine sehr lesenswerten Auseinandersetzungen zu folgenden Schlußsätzen zusammen:

Der Arzt, der Nervöse behandelt, soll ihr Führer, ihr Vertrauter und Freund und nicht nur ihr Vorgesetzter sein, er soll aufklärend, belehrend und damit erzieherisch wirken. Wünschenswert ist die Zusendung Nervöser an Anstalten mit ausgedehntem neurologischen Heilapparat, vor allen Dingen mit organischer Arbeitsgelegenheit. Unzweckmäßig ist die Verlegung Nervöser in Lazarette ihrer engeren Heimat. Zweckmäßig erscheint zunächst die Behandlung in Nervenabteilungen und Arbeitsgenesungsheimen hinter der Front. Es muß möglichst Heilung erstrebt, Rentenabfindung vermieden werden. Sehr zweckmäßig würde es sein, wenn sogenannte Renommierfälle, d. h. Leute, die ausgeprägten Genesungswillen haben, als Beispiel zur Belehrung und zur Führung der andern Kranken länger behalten werden könnten.

Die Abfindungsmöglichkeit müßte erleichtert und über die Rente von 20% ausgedehnt werden. Das Einsetzen einer Prämie auf Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit erscheint erstrebenswert. Militärisch geleitete Arbeitslazarette würden nach dem Kriege zweifellos segensreich wirken können. Schmidt (Andernach).

605. **Über körperliche Störungen bei Hirnverletzten.** II. Mitteilung: *Über Störungen der Vasomotilität des Pulses, des Blutbildes, des Blutdrucks, der Temperatur bei Hirnverletzten;* von Goldstein. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 65; Nr. 4. S. 104.)

Ausführlicher Bericht über obige Störungen, besonders interessant umschriebene Zyanose und Schwellungen, an die sich eine Fallgeschichte mit Verdickung und Schwellung der einen Gesichtshälfte anschließt.

Cordes (Berlin).

606. **Einige Erfahrungen über die Untersuchung peripherischer Nervenläsionen mit sogenannten „nahen Elektroden“;** von E. Popper. (Med. Klin. 1918. Nr. 11. S. 265.)

Auf Grund seiner Erfahrungen schließt P., daß obiges Verfahren eine Bereicherung der wissenschaftlichen und praktischen Untersuchungsmethoden bedeutet und die Stellung einer präzisen Diagnose fast ausschließlich ge-

währleistet, während die Prognose nur mit Vorsicht zu stellen ist. Cordes (Berlin).

607. **Über Komplikation der diagnostischen Gehirnpunktion;** von Ad. Reinhardt. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 4. u. 5. S. 521.)

Der Gehirnpunktion, welche einen Solitärtuberkel traf, folgte Infektion des Bohrkanales durch Tuberkulose, so daß auf den mikroskopischen Schnitten der Verlauf einwandfrei nachgewiesen, anderseits die Gegenreaktion der Knochenzellen durch Kallusbildung gut beobachtet werden konnte. von Noorden (Bad Homburg).

608. **Hirndruck und Schädeltrauma;** von F. Breslauer. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 4 u. 5. S. 715.)

Umfangreiche Schädel-, Gehirn-Tierexperimente, um die Frage der Bewußtlosigkeit bei Gehirndruck und Erschütterung zu klären. Die Technik interessiert mehr den Experimentator. Die Bewußtlosigkeit konnte durch keinerlei Druckart auf Rinde und Großhirn erzielt werden, trat aber in allen Graden bei Drucksteigerung in der hinteren Schädelgrube auf, wobei die Med. oblongata sich als der empfindlichste Teil erwies. Somit wird die Bewußtlosigkeit nicht als Allgemeinsymptom, sondern als ein Herdsymptom, entsprechend der Zirkulations- und Atemstörung erwiesen. v. N. neigt sehr dahin, den Hirntraumen weit mehr Anteil an den höheren psychischen Funktionen des Gehirnes nehmen zu lassen, als es bisher üblich ist. Die Gehirnerschütterung ist Folge der Druckverletzung dieses Gebietes, der Zusammenbruch beim apoplektrischen Insult eher hingeleitete Druckwirkung zur Medulla als Rindenbewußtlosigkeit durch Blutung. N.s Auffassung wird durch das verschiedene Verhalten des Hirnschußverletzten am Vorder- und Hinterschädel gewichtig unterstützt. v. Noorden (Bad Homburg).

609. **Das Verhalten der Pupillen beim traumatischen Hirndruck (Compressio cerebri);** klinische und experimentelle Studie mit 17 Abbildungen; von H. Hoeßly. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1. u. 2. S. 1.)

Die klinische und kaninchenexperimentelle Arbeit über das wichtige Symptom kommt in Kürze zu nachfolgenden Ergebnissen. Die Erweiterung der Pupillen bei allgemeinem Hirndruck, wo dieser also den Blutdruck übersteigt, geschieht nicht durch Lähmung der basalen Zentren, sondern beruht wahrscheinlich auf Lähmung des Okulomotorius und Reizung des antagonistischen Sympathikus. Übrigens unterscheidet H. allgemeinen und lokalen Hirndruck und aus didaktischen Gründen alle Übergänge offen haltend. Lokaler Hirndruck zeigt mit Vorliebe einseitige starre Pupille auf der Seite des vermehrten Druckes, indem eine Leitungsbehinderung der peripheren Okulomotorius eingetreten ist. Das Phänomen der mit Mydriasis verbundenen Miosis der andern Seite ist wohl stets Folge des vermehrten Lichteinfalles, also eine konsensuelle Pupillenreaktion. Die überaus wichtige Arbeit für Beurteilung der Hirndruckerscheinungen bringt auch reiche Literaturangaben. v. Noorden (Bad Homburg).

IV. Psychiatrie.

610. **Noch einmal: Krieg und progressive Paralyse;** von A. Pilcz. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 2023.)

Aus einem Material von 168 Frontkämpfern und 155 Soldaten, welche nur im Hinterland waren, berechnete P. bei den inzwischen Gestorbenen als Krankheitsdauer die Zeit von der fachärztlich festgestellten Diagnose bis zum Tod. Bei den 64 Gestorbenen der ersten Gruppe ergab sich eine Krankheitsdauer von durchschnittlich 14,2 Monaten, bei der zweiten Gruppe von 14,13 Monaten. Die durchschnittliche Krankheitsdauer erwies sich demnach nicht als verkürzt durch den Frontdienst. Jolly (Halle a. S.).

611. **Über Verhältnisblödsinn;** von Gehry. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger 1917. H. 10—12.)

Der Verhältnisblödsinn betrifft Leute, denen das Mißverhältnis von Verstand und Strebung zum Verhängnis wird. Der von Bleuler eingeführte Begriff könne eine Berechnung der Nomenklatur werden, verlange aber eine nähere Präzisierung. Bl. lege dem Scheitern im praktischen Leben zu viel Gewicht bei, während die Betonung des Schwachsinns zu kurz komme. Auch die Tatsache des *unklaren Denkens* betone Bl. zu sehr, die doch bei Schwachsinn oberhalb einer bestimmten Grenze selbstverständlich sei. Er schlägt die Definition vor: „Verhältnisblödsinnige sind intellektuell Schwachsinnige mäßigen Grades, die durch einen starken inneren Trieb gezwungen werden, nach höheren Zielen zu streben, als ihrem Verstande angemessen ist.“ Moralisch Schwachsinnige will G. grundsätzlich davon abgetrennt haben; er ist der Ansicht, daß es sehr wohl moralisch Schwachsinnige *ohne* Intelligenzdefekte gebe. Während Bleuler den Verhältnisblödsinn auch bei anderen Geisteskrankheiten vorkommen läßt, sieht ihn G. als Krankheit sui generis an. Gleichwohl räumt er ein, daß sich intellektueller und moralischer Schwachsinn „sehr oft“ vergesellschafte. Pseudologia phantastica kommt wie bei anderen Krankheitszuständen so auch bei Verhältnisblödsinnigen vor. Kellner (Hubertusburg).

612. **Kultur und Schwachsinn;** von Meltzer. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger 1918. H. 1.)

Die Forderung „dem Tüchtigen freie Bahn“ darf die Sorge für die Schwachsinnigen nicht vergessen machen. Jeder, auch der Schwachsinnige, soll *die* Bildung erhalten, welche seiner Anlage entspricht, das angewandte Kapital verzinst sich, wenn auch schwach. Auch hat der Krieg viele sehr gute Leistungen von in Anstalten erzogenen Schwachsinnigen gezeigt. Indes darf die Sorge für die Schwachsinnigen nicht einseitig ausarten, es ist darin schon mit Rücksicht auf die Gesunden Maß zu halten. Der Anstaltsbetrieb ist möglichst billig zu gestalten, besonders in der Ernährung (M. wirbt bekanntlich um Herabsetzung der hohen Fleisch- und Fettsätze); die Pflegekräfte sind zu verbilligen (es wird möglichst ausgedehnter Eintritt von jungen, selbständig gestellten Mädchen in Diakonissenhäuser gewünscht, um auch in Anstalten für Schwachsinnige zu wirken); vor allem aber, und das mit Recht, wird eine zu weitgehende Einstellung von Lehrkräften abgelehnt; einzelne Lehrer sind vielmehr besonders auszubilden, um für das Erziehungspersonal als Instrukteure zu gelten. Die Besprechung der Frage, ob einzelne der unglücklichen Wesen in den Anstalten „schmerzlos beiseite gebracht werden“ dürfen, hätte bleiben können, da dieselbe ernstlich überhaupt nicht in Erwägung zu ziehen ist. Kellner (Hubertusburg).

613. **Zur Organotherapie der Dementia praecox;** von Pilcz. (Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 47/48. S. 303.)

In einem Falle von Dementia praecox wurde nach Verabreichung von Antithyreoidin Moebius, kombiniert mit Ovaraden und As-Fe, eine längere Remission beobachtet, die P. in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Organtherapie bringt. Schmidt (Andernach).

614. **Prüfung der Merkfähigkeit bei seniler Demenz;** von A. Krieger. (Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10. H. 2. S. 79.)

Von 25 einfachen oder zusammengesetzten Figuren wurden zuerst eine, dann bis zu sechs auf kleinen einzelnen Tafeln gezeigt, dann mußten dieselben auf einer großen Tafel mit allen Figuren wieder gefunden werden, auf der die fragliche Figur auch 24 Stunden später wieder herausgefunden werden mußte. Die Merkfähigkeit erwies sich bei Dementia senilis im Vergleich zu Normalen sehr stark herabgesetzt.
Jolly (Halle a. S.).

615. **Beitrag zur Frage der postoperativen Psychosen;** von M. Tramer. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 8. S. 242.)

Im ersten Fall zuerst Bild einer Amentia, dann manische und katatonische Züge mit Vorherrschen und langem Anhalten von Gehörshalluzinationen. Das endogene Reaktionsbild konnte erst zum Vorschein kommen, nachdem das stürmische exogene Bild der Amentia zurückgetreten war. Im zweiten Fall zuerst starke katatone Erregung, dann Defektzustand.
Jolly (Halle a. S.).

616. **Die psychogenen Lähmungen der Stimme, Sprache und des Gehörs;** von E. Barth. (Med. Klin. 1917. Nr. 51. S. 1339.)

Die Stimmstörungen werden von B. mit Atemübungen und dem Aussprechen stimmloser, dann stimmhafter Reibelaute behandelt; wenn dies ohne Erfolg ist, mit Kokainisierung des Kehlkopfs. Bei Hörstörungen scheint B. nur wenig Erfolge zu haben.
Jolly (Halle a. S.).

617. **Über Kommotionspsychosen und Verwandtes;** von L. Binswanger. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 42. S. 1401.)

Mitteilung einiger interessanter Fälle aus der Armee-Sanitätsanstalt für Internierte in Luzern. Kommotionspsychosen, traumatische Demenz, affektive Veränderungen inklusive Neigung zu groben Späßen treten bei Stirnverletzung häufiger auf als bei anderen Lokalisationen; von einer Ausschließlichkeit könne jedoch keine Rede sein. Jolly (Halle a. S.).

618. **Aus der Praxis der Psychotherapie;** von F. Mohr. (Med. Klin. 1917. Nr. 42. S. 1116.)

Nur eine systematische Kausalanalyse und eine daran sich anschließende Synthese mit der erst daraus sich voll ergebenden Fähigkeit zur Selbsterziehung und Übung mache eine wirklich praktische Heilung der Neurosen und anderer psychogener Zustände, nicht bloß die Beseitigung einzelner Symptome möglich.
Jolly (Halle a. S.)

619. **Over suggestie.** *Een proefondervindelijke studie;* von D. J. Beck. (Inaug.-Diss. Groningen, 15. Juni 1917. J. B. Wolters U. M.)

Suggestion ist nicht eine Eigenschaft oder die Wirkung einer Vorstellung oder eines Reizes, sondern vielmehr ein tatsächliches Geschehen im Verkehr des Menschen mit der Außenwelt. Das Spezifische dieses Geschehens ist das Fernbleiben von Überlegung, Urteil und Kritik. Es kann verschiedener Art sein und auf jedem Gebiet stattfinden. B. gibt eine kritische Übersicht der Untersuchungen von Seashore, V. Henry und Tawney, Binet, Sidis, Brand, W. Stern u. a. Das Ziel seiner eigenen Untersuchungen war die Beantwortung folgender Fragen: 1. Sind die Proben, die Binet bei Kindern anwandte zur Untersuchung der Suggestionsformen, die er als „idée directrice" und „action morale" andeutet, ebenfalls für Erwachsene geeignet? 2. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Suggestibilität durch einen Zeitgedanken und der durch moralische Einflüsse? 3. Besteht ein Zusammenhang zwischen diesen Formen von Suggestibilität und bestimmten Eigentümlichkeiten des Charakters.

B. hatte 86 Frauen und 33 Männer, hauptsächlich Pflegepersonal, für seine Untersuchungen zur Verfügung. Die Ausarbeitung der Fragen und deren Beantwortung, die ausführlich in den 120 Seiten umfassenden, 36 Tabellen und 17 Figuren enthaltenden Arbeit mitgeteilt, läßt sich nicht in einzelnen Worten wiedergeben. — Literatur im Text.
Lamers (Herzogenbusch).

V. Chirurgie.

620. **Der Wert kunstgerechter Massage bei der Behandlung Verletzter;** von Liniger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 615.)

Die Bedeutung exakt ausgeführter Massage wird in Ärztekreisen vielfach unterschätzt. Und doch ist diese für die Nachbehandlung Verletzter von größter Bedeutung. Im allgemeinen wird die Massage von den sogenannten Masseuren und Masseusen nur selten richtig ausgeübt; so hatte L. erst kürzlich 2 Fälle zu begutachten, wo die von Laienhand ausgeführte Massage zu erheblichen Eiterungen und Entzündungen an dem massierten Glied geführt hatte; der Arzt, der die Patienten den betr. Masseuren überweist, ist strafbar für den Schaden. Der Umstand, daß selbst an größeren Krankenhäusern bisweilen keine geschickten Masseure sich finden, ist der beste Beweis für die Unterschätzung der Massage seitens vieler Ärzte.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

621. **Verschiebebahn zur Projektil-Diagnose nach Gillet;** von Gerlach und Milczewski. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 656.)

Zur Vereinfachung der Lagenbestimmung von Fremdkörpern nach Gillet dient eine Verschiebebahn, die Plattenparallele, Röhrenverschiebung und dauernde Zentrierung der Röhre bei Verschiebungen über die bezeichneten Fixpunkte ermöglicht. Durch diese Vorrichtung wie durch ein Stereometer ist jede Feldröntgenstation in der Lage, in kurzer Zeit fehlerfreie Lagebestimmungen auszuführungen.
(Kautz (Hamburg).

622. **Die endgültige Brauchbarkeit der Nagel- und Drahtextensionen;** von Hagedorn. (D. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 581.)

Auf Grund eigener Erfahrungen tritt Hagedorn warm für die Nagel- resp. Drahtextension bei Extremi-

tätenfrakturen ein. Speziell bevorzugt er die von Klapp eingeführte Kalkaneusdrahtextension sowie deren Modifikation, wobei der Draht nicht durch den Kalkaneus hindurch, sondern über den oberen Rand dieses Knochens längsgeführt wird. Auch führt H. den Extensionsdraht nicht gern an der Fußsohle heraus, wie Klapp, weil dabei 4 Stichstellen entstehen, sondern er begnügt sich mit der Durchführung des Drahtes durch die Weichteile etwas nach vorn von der Achillessehne und über den oberen Kalkaneusrand hinweg. Wichtig ist dabei nur, ein genügend breites Spreizbrett zu nehmen, um ein Einschneiden des Drahtes in die Haut zu verhindern. H. hat persönlich von diesem Verfahren auch gute Resultate gesehen. Des weiteren bespricht H. die allgemeine Technik der Draht- und Nagelextension, deren Wiedergabe über den Rahmen eines Referats hinausgehen würde. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

623. **Zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung;** von A. Landeker. (Med. Klin. 1917. Nr. 10. S. 281.)

Bei den akuten Formen hat L. mit dem *Fulmargin* (Fabrikant: Rosenberg, Charlottenburg) recht gute Resultate erzielt, während für die chronischen Arthritiden sich das Fibrolysin bewährt hat.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

624. **Müssen arteriovenöse Fisteln operiert werden?** von C. Franz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 50. S. 1065.)

F.s Erfahrungen gehen dahin, daß überall da, wo klinisch ein aneurysmatischer Sack, sei es in Verbindung allein mit der Arterie, oder gleichzeitig mit Arterie und Vene nachzuweisen ist, eine frühzeitige Operation angezeigt ist. Denn bei diesen Kranken hat F. später, sei es, daß die Gefäßgeschwulst übersehen war, sei es, daß die Operation abgelehnt wurde, immer Zirkulationsstörungen und Beschwerden gefunden. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der arteriovenösen Fistel. Hier muß vor unnötigen Operationen gewarnt werden, die unter Umständen ernste Gefahren für die Kranken nach sich ziehen können. In solchen Fällen brauchen keine Beschwerden einzutreten. Denn ein Zirkulationshindernis stellt nur der aneurysmatische Sack dar. Dort, wo das Blut aus einem kleinen Arterienschlitz in das zentrale Venenende unmittelbar abströmt, fallt das Hindernis fort, weil die Ansaugungskraft des Herzens jede Stagnation vermeidet. Hier besteht nur die andere Gefahr, daß die noch in das periphere Arterienende strömende Blutmenge zu klein ist, um die Extremität zu ernähren, und daß es infolge davon zu ischämischen Störungen kommt. Diese aber wird man als äußerst gering betrachten dürfen, solange die peripheren Pulse deutlich zu fühlen sind und auch nach normalen Bewegungen der betr. Körperteile Anzeichen für Ischämie fehlen. Wagner (Leipzig).

625. **Zur Technik der Arteriennaht;** von W. Merkens. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 48. S. 1035.)

Die Nahtstelle der resezierten Art. femoral. wurde dadurch gesichert, daß von der ebenfalls zerrissenen V. femoral. ein etwa 5 cm langes, intaktes Stück reseziert wurde. Durch dieses Venenstück wurde das eine Arterienende hindurchgeführt, dann wurde das Venenstück über die Nahtstelle gezogen und leicht angedrückt. Die vorher noch vorhandene Blutung aus der Nahtstelle stand sofort. Augenscheinlich legte sich die Außenwand der gefüllten Arterie fest an die Innenwand der Vene an und es trat sehr rasch Verklebung ein. Wagner (Leipzig).

626. **Die Schutzvorrichtungen des Körpers gegen Epithelwucherungen und die Krebsbehandlung;** von A. Theilhaber. (Med. Klin. 1917. Nr. 41. S. 1004.)

T. spricht sich dahin aus, daß in der Krebsbehandlung die vorgenommene Operation, die nicht durchaus eine Radikaloperation sein müsse, durch die Strahlentherapie unterstützt werden müsse und daß sich eine Kombination von chirurgischer und Strahlentherapie nach seiner Erfahrung als sehr günstig erwiesen habe.

Cordes (Berlin).

627. **Over röntgenbehandeling ter besparing van genees-en verbandmiddelen;** von E. Penso (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1917. 2. Hälfte. Nr. 26. S. 2235).

P. hat eine Kostenberechnung gemacht von der Behandlung chronischer Ekzeme einerseits mit Salben und Verbänden, anderseits mit Röntgenbestrahlung (28 Patienten). Es geht daraus hervor, daß letztere 400 bis 15000 mal billiger ist wie erstere. Hauptsache ist aber, daß unter den heutigen Zeitumständen die verschwendeten Arzneistoffe und Verbandstoffe besser für andere, chirurgische Zwecke benutzt werden können, wenn die Bestrahlung an Stelle der Salbenbehandlung tritt. Lamers (Herzogenbusch).

---

628. **Behandlung akut bedrohlicher Erscheinungen bei Schädelverletzungen;** von F. Colmers. (D. med. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1089.)

Der Aufsatz, welcher zu der Vortragsreihe „*Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen*“ gehört, enthält diejenigen Gesichtspunkte, deren Kenntnis für den Praktiker von Bedeutung ist. Zunächst werden kurz die allgemeinen Symptome der Schädelbrüche gestreift; sodann ausführlicher das klinische Bild des extraduralen Hämatoms sowie dessen chirurgische Behandlung geschildert. Da die rechtzeitige Erkennung dieses Krankheitsbildes über das Leben des Verletzten entscheidet, erscheint die breitere Besprechung desselben wohl gerechtfertigt. Die Kriegsverletzungen des Schädels sind kaum berücksichtigt, gehören ja auch nicht in den Rahmen des Themas. Die primäre operative Wundversorgung bei *komplizierten* Schädelverletzungen, die ja für Schädelschüsse heute die Normalmethode geworden ist, dürfte auch bei der Mehrzahl der Friedensverletzungen angebracht sein.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

629. **Über Schädelschüsse;** von F. Colmers. (D. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 741.)

C. tritt für die heute von den meisten Chirurgen geübte Frühoperation bei Schädelschüssen ein, besonders bei den Tangentialschüssen; die primäre Wundexzision mit primärem Wundverschluß hält er nicht für angebracht, sondern er wendet stets die offene Wundbehandlung an mit breitem Wundtrichter, ein Verfahren, das wohl auch die Mehrzahl der Kriegschirurgen vertritt. Mit vollem Recht weist er darauf hin, daß jede Schußverletzung des Schädels, die mit Läsionen des Gehirns einherging, als eine schwere Verletzung anzusehen ist, auch wenn die Patienten keinen schwer kranken Eindruck machen; besonders muß man sich davor hüten, solche Leute zu früh als geheilt zu betrachten; Spätabszesse und Spätenzephalitiden können noch nach langer Zeit auftreten. Es sind darum diese Kranken unter guter ärztlicher Aufsicht zu halten, damit die oft nur geringen Frühsymptome jener Komplikationen richtig erkannt werden und die zweckentsprechende Therapie

eingeleitet wird. Diagnostisch besonders bedeutungsvoll ist die Lumbalpunktion: hoher Druck und hoher Eiweißgehalt des Liquors sollen nach Tilmann für Abszeß sprechen; hoher Druck und wenig Eiweiß für eine Zyste, während normaler Druck und erhöhter Eiweißgehalt auf meningeale Prozesse hindeuten sollen.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

630. **Über Schädelplastik nach Kopfschüssen;** von N. Guleke. (v. Volkmanns Samml. klin. Vorträge N. F. Chir. Nr. 206. 30 S.)

In sehr klarer und ausführlicher Weise erörtert G. dieses z. Zt. recht wichtige Thema. Nach Besprechung der mechanischen Verhältnisse der Hirn- und Schädelnarben werden die hieraus sich ergebenden Forschungen für eine zweckmäßige Plastik aufgestellt: 1. Korrektur der Weichteilsnarbe, 2. Deckung des Knochendefektes, 3. Wiederherstellung der physiologischen Bewegungsfähigkeit des Gehirns, 4. Beseitigung des Narbenzuges innerhalb des Gehirns selbst. Was die Deckung des Knochendefektes angeht, so wird als Normalverfahren die Verpflanzung von freien Periostknochenstücken (Lexer u. a.) angesehen; auch die Plastiken mit gestielten Periostknochenlappen erzielen gute Resultate. Von einer Alloplastik (Zelluloid usw.) wird abgeraten. Um das Gehirn wieder unter physiologische Bedingungen zu bringen, muß die Dura- und Gehirnnarbe so ausgiebig wie möglich exzidiert werden; nur so wird der schädigende Narbenzug und -druck ausgeschaltet. Der durch diese Exzision entstandene Defekt wird am besten durch frei transplantiertes Fett ausgefüllt. Die Operation soll, wenn irgend möglich, in Lokalanästhesie ausgeführt werden. Drainage ist zu vermeiden. Dringend zu warnen ist vor einer zu frühzeitigen Operation; mindestens $1/2$ Jahr nach völliger Heilung der Wunde soll abgewartet werden. Die Hauptindikation zur Schädel- und Gehirnplastik ist die traumatische Epilepsie; größere Knochendefekte können aber an und für sich schon zur plastischen Deckung Anlaß geben.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

631. **Zwei durch freie Periostlappenüberpflanzung geheilte Schädelschußverwundete mit epileptiformen Anfällen;** von Bosse. (D. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 911.)

Deckung des Schädelknochendefektes mit einem frei transplantierten Periostlappen der Tibia. Die vorher alle paar Tage auftretenden epileptischen Anfälle blieben nach dem Eingriff fort. Von einer Dauerheilung kann jedoch bei diesen Fällen noch nicht gesprochen werden, da eine zu kurze Zeit nach der Operation erst verflossen war. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

632. **Temporäre Abtragung des ganzen Schädeldaches;** von O. Lanz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Bd. 44. Nr. 51. S. 1081.)

L. hat zweimal am Affen ein totales Dékallotement ausgeführt, d. h. nach medianer Längsinzision Haut, Galea und Periost als große Weichteillappen nach rechts und links über die Ohren zurückgestülpt, hierauf den Schädel seiner größten Zirkumferenz entsprechend zirkulär umsägt, das ganze bis zur Schädelbasis in einem Stücke entfernte Schädeldach eine Viertelstunde lang steril eingewickelt und dann wieder aufgesetzt; ein erstes Mal seiner normalen Lage entsprechend zum Zwecke einer ganz genauen Adaption; ein zweites Mal umgedreht, wobei die Sägeflächen nicht so genau aufeinanderpaßten. Genaue Vereinigung der Weichteile, tadellose Prima intentio. Die beiden Schädel zeigten, nachdem die Affen 1 Jahr nach dem Eingriff — der eine an Tuberkulose, der andere an einer Pneumonie — eingegangen waren, sehr schöne lineäre, völlig knöcherne Vereinigung. Die vorliegende Mitteilung ist namentlich im Hinblick darauf von Interesse, daß ein so gewaltiges Knochenstück, das ganze Schädeldach, zeitlich total aus jedem Zusammenhange mit Weichteilen und Periost gelöst, ohne jede Erscheinung, die auf Resorptionsvorgänge, Ernährungsstörung, Sequestration hinwiese, völlig reaktionslos wieder einheilt und in idealer Weise auf die Dauer eingeheilt bleibt. Natürlich ist das Tierexperiment nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragbar. Wagner (Leipzig).

633. **Holundermarkröhren zur Drainage von Hirnabszessen;** von Payr. (D. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 481.)

Die Drainagetechnik bei akuten Hirnabszessen stößt des öfteren auf Schwierigkeiten, da das sonst übliche Material sich als nicht zweckmäßig erweist. Glas- und Metalldrains sinken infolge ihrer Schwere tiefer in die weiche Hirnsubstanz ein, als erwünscht ist und verursachen dann — da ja frischen Abszessen eine feste Abszeßmembran fehlt — Nekrosen der Hirnsubstanz. Die glatten Gummidrains werden bei ihrer leichten Gleitfähigkeit durch die vorquellende erweichte Hirnmasse hochgehoben und bleiben so nicht in der gewünschten Lage; Gazetampons verkleben oft zu leicht und behindern den Abfluß. Als sehr zweckmäßig haben sich nun Payrs Holundermarkröhrchen erwiesen, bei denen er mittels eines glühenden Drahtes Kanäle in das solide Mark bohrte. Diese sehr leichten Röhrchen vereinigen das Prinzip der Röhren- und Kapillardrainage, letzteres infolge ihrer ausgesprochenen hygroskopischen Eigenschaften. In 6 durch behandelten Fällen sah P. gute Erfolge. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

634. **Meningokokken-Wundinfektion nach Halsdurchschuß;** von Imhofer. (Med. Klin. 1917. Nr. 10. S. 270.)

Im Anschluß an einen Halsdurchschuß, der den Pharynx streifte und den 6. Halswirbel durchbohrte, stellte sich eine akut verlaufende echte Meningokokkenmeningitis ein, die in 3 Tagen zum Tode führte. Autopsie und bakteriologische Liquoruntersuchung bestätigten den klinischen Befund. Die Infektion der Meningen erfolgte zweifelsohne von der Nasen-Rachenschleimhaut her, die ja nicht selten Meningokokken beherbergt. Der Fall ist wegen seiner Seltenheit zweifelsohne bemerkenswert. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

635. **Zur Kasuistik der Frakturen im Bereich der Kiefergelenke;** von Pamperl. (Med. Klin. 1917. Nr. 12. S. 334.)

Beschreibung eines Falles, bei dem es durch stumpfe Gewalteinwirkung auf die rechte Wange zum Abbruch beider Processus condyloidei und des rechten Processus coronoideus gekommen war. Durch Operation (Bildung eines neuen Kiefergelenks mit Interposition eines Celluloidplättchens) gelang es, eine wesentliche Besserung der vorher vorhandenen Kiefersperre zu erzielen.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

636. **Zur Behandlung der Parotisfisteln durch Entnervung der Drüse;** von F. Tromp. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 48. S. 1033.)

Dieses zuerst von Loriche empfohlene Verfahren ist bei allen den Fällen angebracht, bei denen die gebräuchlichen Methoden keinen Erfolg versprechen oder ohne Erfolg angewendet wurden. Jedenfalls sollte ein Versuch mit der Entnervung gemacht werden, bevor man zur Exstirpation der Parotis bei hartnäckigen Fisteln schreitet. Einen Mißerfolg hat T. bisher nicht gehabt. Der Ausfall des Nerven dürfte keine Kontraindikation darstellen. Die Operation ist außerordentlich einfach. Der N. auriculotemporalis wird zwischen der

Art. temporalis und dem Ohr leicht gefunden. Er wird bis zum Proc. condyloid. mandibulae verfolgt; dann wird sein zentrales Ende möglichst lang herausgedreht.

Wagner (Leipzig).

637. **Über Kropfoperation bei gewöhnlichen Kröpfen nebst Bemerkungen zur Kropfprophylaxis;** von Th. Kocher. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 49. S. 1633.)

Erste Aufgabe der Kropfoperation bei gutartigen Kröpfen ist die Beseitigung der mechanisch bedingten Störungen der Atmung mit den davon abhängigen Zirkulationsstörungen. Zweite Aufgabe ist die Regulierung der Funktion der Schilddrüse nach Feststellung vorhandener Hyper- oder Hypothyreose durch das Kochersche Blutbild. Bei Kropf mit Hyperthyreose besteht die Operation in genügender, wenn auch stets partieller Entfernung von Kropfgewebe und in Beschränkung der Funktion durch Ligatur der Hautarterien mit oder ohne Exzision. Bei Kropf mit Hypothyreose soll das mechanischen Schaden bringende Gewebe entfernt, aber dabei nur das Minimum funktionsfähigen Gewebes geopfert werden. Zur Blutstillung dürfen keine auf nachträgliche Schrumpfung berechneten Arterienligaturen angewandt werden. Die Enukleationsresektion (und ihre Varianten) nach Kocher erfüllt die Indikation der Entfernung des kranken mit Erhaltung gesunden Gewebes am besten ohne Gefahr der Rezidive. *Porta-Socins* reine Enukleation und *Kochers* Exenteration sind bei Kröpfen mit Hypothyreose bei Einzelknoten oder Einzelzysten, *Miculicz's* Keilresektion bei denselben Fällen, bei diffuser Hyperplasie hauptsächlich bei kleinen und verwachsenen Knoten angezeigt. Die Blutstillung soll durch Ligatur blutender Äste und Naht besorgt werden. Beidseitige Operation in einer Sitzung ist bei kleinen Kröpfen mit Kompression von beiden Seiten oder mit Hyperthyreose angezeigt. Beidseitige Operation bei sehr großen Kröpfen ist auf zwei Zeiten zu verteilen. Ligatur von mehr als zwei Arterien (3 oder $3^1/_2$) ist zu sicherer Blutstillung bei Exzision oder als Voroperation zu letzterer angezeigt, wenn es sich um Struma vasculosa oder um Basedow handelt. Ligatur aller 4 oder 5 Arterienstämme darf bloß in zwei Terminen vorgenommen werden.

Wagner (Leipzig).

638. **Fremdkörper in der Speiseröhre;** von H. Haag. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 708.)

H. führt aus, daß die Oesophagoskopie die ungefährlichste und am sichersten zum Ziele führende Methode zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Oesophagus ist (23 Fälle). Durch vorherige andersartige Extraktionsversuche werden die oesophagoskopischen Bemühungen erschwert, bzw. unwirksam gemacht. 10 Krankengeschichten. Von Nutzen kann Durchleuchtung oder Röntgenaufnahme sein, aber nur bei metallischen Fremdkörpern. Nur in verschleppten oder komplizierten Fällen ist die Oesophagotomie angezeigt.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

639. **Beseitigung einer Trachealstenose nach einseitiger Strumektomie durch freie Fettgewebsverpflanzung und eine besondere Art der Verlagerung des Schilddrüsenrestes;** von R. Eden. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 456.)

Bei einem Kropfrezidiv, wo wegen Atembeschwerden eine Verlagerung des Schilddrüsenrestes vorgenommen werden mußte und die sonst üblichen Verlagerungsmethoden nach Wölfler (Verlagerung des Restes in der Nähe des Schildknorpels) und nach v. Hofmeister (Verlagerung des Restes durch einen Schlitz im Sternocleidomastoideus unter die Haut) nicht möglich waren, half sich E. in der Weise, daß er den in seinem sehnigen Anteil durchtrennten Musculus omohyoideus durch einen Schlitz im Kropfrest zog und dann die beiden Kanäle des Muskels wieder vereinigte. Auf diese Weise war der Schilddrüsenrest genügend weit von der Trachea fortgezogen. Die durch Narbenmassen von der früheren Operation her eingeengte Luftröhre wurde von denselben befreit und sodann mit frei transplantiertem Fett (vom Oberschenkel) umhüllt. Gutes Operationsresultat.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

640. **Entfernung der Geschosse bei Lungensteckschüssen;** von Schulze-Berge. Med. Klin. 1917. Nr. 9. S. 249.

Auf Grund seiner allerdings nicht sehr ausgedehnten Erfahrungen empfiehlt S.-B., mit der Entfernung von Lungensteckschüssen nicht allzu zurückhaltend zu sein, wenn der Patient stärkere Beschwerden von dem Geschoß hat. Zweifelsohne ist ja bei exakter Lokalisation des Projektils und Operation in Überdrucknarkose — exakte Asepsis vorausgesetzt — der Eingriff nicht so sehr schwer. Außerdem pflegen in vielen Fällen schon pleuristische Verwachsungen vorhanden zu sein, die das Vorgehen wesentlich erleichtern.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

641. **Zur Lungennaht bei Schußverletzung des Thorax;** von Hirsch. (D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 942.)

Bei einem Fall von Lungendurchschuß (Suicidversuch) mit starker Blutung in die Pleurahöhle legte H. die Lunge im Schußbereich frei und verschloß die stark blutende Lungenwunde mit Seidennähten. Heilung.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

642. **Zwerchfellhernie nach Lungensteckschuß; Betrachtungen über Herzverdrängung und Herzbeengung;** von Roemheld und Ehmann. (Med. Klin. 1917. Nr. 12. S. 336.)

Dieser Fall ist dadurch bemerkenswert, daß der Patient nach seiner Verletzung längere Zeit wieder vollen Dienst getan hat; erst dann brachten ihn Atem- und Schluckbeschwerden wieder ins Lazarett. Röntgenologisch ließ sich hier eine große linksseitige, wahrscheinlich sogenannte „falsche“ Zwerchfellhernie feststellen, indem ein großer Teil der linken Pleurahöhle durch Magen und Kolon eingenommen war. Ein operativer Eingriff kommt in solchen Fällen naturgemäß nur bei bedrohlichen Einklemmungserscheinungen usw. in Frage.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

---

643. **Über Milzchirurgie innerhalb der Grenzen des Gestationszustandes;** von P. Rissmann. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1917. Bd. 79. H. 3. S. 559.)

Es stehe jetzt fest, daß die Milz beim Erythrozytenabbau beteiligt ist, indem sie die Stromata, die Leber aber den Blutfarbstoff verarbeitet. Wahrscheinlich existiere neben der Schwangerschafts**leber** auch eine Schwangerschafts**milz**. Die Milz wird nach Beobachtungen von Chirurgen in den letzten Monaten der Schwangerschaft größer, weicher und zerreißlicher. — R. beschreibt dann einen Fall von Splenomegalie (Bantische Krankheit) in der Schwangerschaft, geheilt durch Milzexstirpation. Die Geschwulst sollte schon seit vier Jahren bestanden haben. Günstig wirke die Splenektomie auch beim familiären hämolytischen und beim erworbenen hämolytischen Ikterus, viel weniger dagegen bei der perniziösen Anämie. Auch die Wander- und

die Malariamilz könne in der Schwangerschaft entfernt werden. — Rupturierte Milzen seien natürlich auch in der Schwangerschaft baldigst zu entfernen. Ist hier schon die Diagnose schwierig zu stellen, so gelte dies noch mehr vom rupturierten Aneurysma der Milzarterie und von der Thrombose der Milzvenen. Kontraindiziert sei die Milzexstirpation bei Leukämie, Amyloid, Stauungsmilz und Milzhypertrophie bei Leberzirrhose.

Klien (Leipzig).

644. **Autotransfusion nach Milzruptur;** von G. Ranft. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 47. S. 1019.)

Der Fall betraf einen Soldaten mit Lungen-Bauchschuß. Mehrere Stunden nach der Verletzung Laparotomie. Bauchhöhle reichlich mit dunklem Blute gefüllt. Durchschuß des oberen Milzpoles. Sonst keine Verletzung der inneren Organe; keinerlei Zeichen einer beginnenden Peritonitis. Exstirpation der Milz. Autotransfusion von 300 ccm Blut in die V. mediana. 2 Liter Kochsalzeinlauf rektal, 10 ccm Kampfer subkutan. Komplikationslose, fast fieberfreie *Heilung,* trotzdem die anfänglich primär verheilte Wunde z. T. wieder aufplatzte.

Wagner (Leipzig).

645. **Transdiaphragmaler Eingeweidevorfall nach Brustschuß;** von Cammerer und Volkmann. (Med. Klin. 1917. Nr. 11. S. 304.)

Beschreibung einer sehr eigenartigen Komplikation nach Lungen-Kanalschuß: 10 Monate nach einem Lungenschuß ging der Patient unter unklaren Ileuserscheinungen zugrunde. Bei der Autopsie fand sich ein Riß im linken Zwerchfell, durch den Magen in die Pleurahöhle getreten war und hier mitsamt eines Teiles vom Netz torquiert und eingeklemmt war. Todesursache war eine Lungenembolie.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

646. **„Blasenbruch" und „Gleitbruch" als Komplikation bei Leistenbruchoperationen;** von Stern. (Med. Klin. 1917. Nr. 10. S. 277.)

Es ist ohne Zweifel ganz zweckmäßig, in der jetzigen Zeit, wo viele Nichtchirurgen sich chirurgisch betätigen müssen resp. es für nötig halten, auf einige Komplikationen aufmerksam zu machen, die jedem Chirurgen geläufig sind. Zumal bei direkten Leistenbrüchen beobachtet man nicht ganz selten einen Blasenzipfel in der Bruchsackwand. Die Gleitbrüche, bei denen die hintere Wand des Bruchsacks durch heruntergetretenen Dickdarm gebildet wird, können zu sehr unliebsamen Komplikationen Anlaß geben, wenn der Operateur die Situation nicht richtig übersieht.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

647. **Zur Frage der Taxis bei eingeklemmten Brüchen;** von Pels-Leusden. (D. med. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1165.)

Gegenüber dem in der Praxis noch häufig geübten Brauch, durch Taxis eine Brucheinklemmung zu beseitigen, betont P.-L. mit vollem Recht, daß man, wenn irgend möglich, stets die Herniotomie mit anschließender Radikaloperation machen soll. Die Taxis ist ein so gefährlicher Eingriff, daß die stets in Lokalanästhesie ausführbare Herniotomie demgegenüber als das schonendere Verfahren bezeichnet werden muß. Auch ganz alte Leute vertragen diese Operation recht gut — eine Erfahrung, die sich mit unseren eigenen vollkommen deckt.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

648. **2 typische Operationen bei extraperitonealen Schußverletzungen der Blase und des Mastdarms;** von Franz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1262.)

In allen Fällen, wo der Verdacht einer extraperitonealen Blasenverletzung vorliegt, soll nicht, wie bisher üblich, abgewartet werden, sondern nach Eröffnung des Cavum Retzii die Blasenverletzung aufgesucht und trainiert werden; die so entstandene Blasenfistel heilt bald spontan aus. Bei der konservativen Behandlung hat sich gezeigt, daß nicht selten nach einem längeren symptomenfreien Intervall sich schwere Urinphlegmonen einstellen; durch primäre Operation läßt sich dem vorbeugen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei extraperitonealen Mastdarmverletzungen. Auch hier gelingt es bei sicher festgestellten Mastdarmläsionen durch baldige Freilegung des Rektums (nach Entfernung des Steißbeins, nötigenfalls auch der beiden letzten Kreuzbeinwirbel) schweren Komplikationen vorzubeugen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

649. **Kotfistel mit künstlichem Sporn zur temporären völligen Ausschaltung des unteren Darmabschnittes;** von A. Wildt. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 47. S. 1018.)

Zur temporären völligen Ausschaltung des unteren Darmabschnittes stellt W. nach der Anlegung der seitlichen Fistula stercoralis aus der gegenüberliegenden Darmwand einen künstlichen Sporn her; man bildet durch Vorziehen mit der Pinzette eine Querfalte, die bis über das Niveau der Haut etwas vorragt, und gibt ihr durch eine mehrfache Reihe von Matratzennähten Halt. Die Querfalte muß von vornherein reichlich bemessen werden. Wird der Sporn nicht mehr gebraucht, so ist er durch wiederholtes Massieren leicht zu beseitigen. Hat dann der Kot seinen natürlichen Weg wieder genommen, so ist nur die seitliche Kotfistel zu schließen, was am einfachsten durch Ablösen des Darmes von der Bauchwand und quere Vernähung der Längswunde desselben geschieht.

Wagner (Leipzig).

---

650. **Die operative Behandlung der Extremitätenfrakturen;** von T. Ringel. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 139. S. 65.)

Während die Extensionsbehandlung nach Bardenheuer — in gewissen Fällen bevor die Steinmannsche Nagelextensionsmethode — heutzutage als das Normalverfahren bei Extremitätenfrakturen gilt, gibt es eine Reihe von Fällen, wo es trotz sorgfältigster Behandlung nicht möglich ist, eine genaue Adaptierung der Fragmente zu erzielen. Zuweilen ist die Ursache dabei in einer ungünstigen Verhakung der Knochenenden zu suchen, in anderen Fällen liegt eine Interposition von Muskeln oder Periost vor. In erster Linie geben jedoch difform geheilte Frakturen sowie größere Knochendefekte und Pseudarthrosen — wie wir sie jetzt so häufig bei Kriegsverletzten finden — die Indikation zur blutigen Vereinigung der Knochen ab. Infolge der Fortschritte der Asepsis und nach den guten Resultaten der von Lexer inaugurierten plastischen Knochenoperationen darf man heutzutage eher zur blutigen Osteosynthyse schreiten, als in früheren Jahren. Die Methode der Wahl ist nun bei der Vereinigung der langen Röhrenknochen die Bolzung mit körpereigenem Material; will man nur eine Redression der Fragmente erzielen, so bolzt man mit einem subperiostal ausgeschälten Fibulastück, welches in die Markhöhle hineingetrieben wird; bei größeren Knochendefekten und bei neueren Fällen von Pseudarthrosen muß das

fehlende Stück durch lebendes Material, d. h. periosthaltigen Knochen ersetzt werden, wozu sich am besten ein Tibiaspahn eignet. In manchen von frischen Frakturen genügt die einfache blutige Reposition; die Zacken an der Bruchstelle sorgen dann dafür, daß die Fragmente in der richtigen Lage bleiben. Die früher vielfach geübte Methode der Verschraubung der Fragmente mit Metall- oder Elfenbeinplatten, die Bolzung mit Elfenbeinstiften usw. ist im allgemeinen nicht zu empfehlen. R. hat 44 Fälle nach den verschiedenen geschilderten Verfahren operiert und, wie die beigegebenen Röntgenbilder zeigen, recht gute Resultate erzielt.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

651. **Zur Mobilisierung der Muskelenden bei Bildung Sauerbruchscher Amputationsstümpfe;** von E. Borchers. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 52. S. 1097.)

Wenn wegen Versagens anderer Mittel zur offenen Mobilisierung der Muskelstümpfe geschritten werden muß, empfiehlt B. die Interponierung eines Fettlappens aus den Bauchdecken. Die Technik des Verfahrens ist im Originale nachzulesen. Die Operation bedeutet keine wesentliche Komplikation der Technik; eine Verkürzung des Knochens zur Bildung von Kraftwülsten kann durch sie vermieden werden. Wagner (Leipzig).

652. **Ersatz des Oberarmknochens samt Gelenkkopf durch das Wadenbein;** von P. Rosenstein. (D. med. Woch. 1917. Nr. 45. S. 1420.)

In einem Fall von medullärem Sarkom der oberen Humerushälfte exstirpierte R. den erkrankten Abschnitt mitsamt dem Humeruskopf und ersetzte ihn durch die autoplastisch transplantierte obere Hälfte der Fibula. Dadurch, daß die Operation zweizeitig ausgeführt wurde (der zweite Eingriff $1\frac{1}{2}$ Monate nach der ersten), wurde zweifellos eine promptere Heilung erzielt, als wenn der ganze Eingriff in einer Sitzung vorgenommen wäre. Daß die Funktion des Beins durch ausgiebige Entfernung der Fibula nicht beeinträchtigt wird, ist eine schon oft festgestellte Tatsache.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

653. **Über die Unterbindung der Art. vertebralis;** von Oljenick. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 50. S. 1067.)

Als schnellste Methode empfiehlt O., die Unterbindung im Can. transversarius des 3. und 5. Halswirbels vorzunehmen. Man achte darauf, daß bei der Blutstillung durch den Finger nicht Atmungs- und Zirkulationsbeschwerden auftreten, indem gleichzeitig N. phrenicus und N. vagus mitgedrückt werden. Nach O.s Meinung bietet diese Methode folgende Vorteile: Statt zwei Operationen wird nur ein verhältnismäßig bequemer Eingriff gemacht. Im Halswirbelkanal liegen Art. und V. vertebralis direkt nebeneinander, was für die eventuell gleichzeitige Unterbindung sehr bequem ist. Die großen Halsgefäße liegen vor der Prävertebralfaszie, also weit entfernt von der Querfaszie, hinter der man eingeht. Dasselbe gilt auch für den Plexus cervicalis, der auch vor der Querfaszie liegt.

Wagner (Leipzig).

654. **Über chirurgische Pseudarthrosenbehandlung nach Schußverletzungen, unter besonderer Berücksichtigung der Oberarm- und Oberschenkelpseudarthrosen;** von Th. Weinrich. (D. Zeitschr. f. Chir. 1917. Bd. 141. Nr. 5—6. S. 289.)

Mitteilung über Pseudarthrosenoperationen des Oberarms und Oberschenkels, die nach der Methode von C. Franke (Heidelberg) vorgenommen wurden: 1. *Bei Pseudarthrosen ohne Fistel:* Eingehen durch die alte Narbe. Entfernen dieser sowie des zwischengewucherten Bindegewebes, des narbigen Periosts und der dazwischen liegenden Weichteile. Abtragen sämtlicher vorspringenden Knochenspitzen. Anfrischen der Knochenenden bis zur gesunden Fläche. Umformen der Enden zu Zapf und Kerbe (Zinken), Ineinanderkeilen der Fragmente. Fixieren durch Drahtnaht, Gipsverband vom Becken bis zur Hand oder Fuß in Mittelstellung der Gelenke. 2. *Bei Pseudarthrosen mit gleichzeitig bestehender Knochenfistel:* dieselbe Methode, außerdem gleichzeitig Sequestrotomie. Statt der Drahtnaht wird eine eigens zu diesem Zwecke konstruierte Zange, die aus dem gefensterten Gipsverband herausschaut, verwendet. Die Resultate waren ganz vorzüglich.

Wagner (Leipzig).

655. **Die operative Behandlung der habituellen Schulterluxation;** von H. Finsterer. (D. Zeitschr. f. Chir. 1917. Bd. 141. Nr. 5—6. S. 354.)

Bei der Operation der habituellen Schulterluxation wurde bisher am häufigsten die Kapselverengerung angewendet, und zwar als Kapselraffung. Die Dauerresultate sind aber hier durchaus nicht so verläßlich. Das von F. mit Erfolg angewendete Verfahren unterscheidet sich grundsätzlich von den bisher üblichen Operationsmethoden. Es bezweckt an Stelle der normal gespannten Gelenkkapsel den Kopf durch ein schleifenförmig um den vorderen Anteil der Gelenkpfanne gelegtes Band am Austritt zu verhindern. Das Gelenk wird hierbei nicht eröffnet. Das Band besteht aus einem Lappen aus dem gemeinsamen Kopf des kurzen Bizeps und des Coracobrachialis ausgeschnitten, der der ganzen Breite und der halben Dicke des Muskels entspricht und der besonders den sehnigen Anteil des Coracobrachialis enthalten soll. Die operative Technik ist in der mit sehr guten Abbildungen ausgestatteten Originalarbeit nachzulesen. Wagner (Leipzig).

656. **Faszienimplantation bei Radialis- und Peroneuslähmung;** von O. Ansinn. (Bruns Beiträge z. klin. Chir. Bd. 105. S. 587.

Um die verhängnisvolle Überdehnung der Strecksehnen bei Peroneus- und Radialislähmungen zu vermeiden, hat A. ein einfaches Verfahren ersonnen, welches die Durchschneidung der Sehnen — was bei der sonst üblichen Sehnenverkürzung meist erforderlich ist — vermeidet. Ein frei transplantierter Faszienstreifen aus der Faszia lata wird einerseits an der Ulna resp. Fibula befestigt, andrerseits um den metacarpus resp. metatarsus II herumgeschlungen und nun nach Belieben der Fuß resp. die Hand in Streckstellung durch Anziehen des Streifens fixiert. A. will dieses Verfahren frühzeitig angewandt wissen, auch wenn später noch Nervenoperationen in Frage kommen. Ist eine erfolgreiche Nervenoperation nachträglich gemacht, so kann der Streifen operativ wieder entfernt werden.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

657. **Ein Tetanusfall im Anschluß an eine künstliche Kallusreizung bei einer Humerusschußfraktur mehrere Monate nach Verheilung der Hautwunden;** von E. Becher. (D. med. Woch. 1917. N. 32. S. 1006.)

Die Erklärung dieses Falles liegt in der jetzt so häufig beobachteten latenten Infektion, die durch ein Trauma (Operation!) wieder manifest werden kann. Daß gerade Tetanussporen sehr lange Träger einer

latenten Infektion sein können, ist eine schon recht häufig beobachtete Tatsache.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

658. **Ersatz der Beuger des Vorderarms (Bizeps und Brachialis) durch den Pectoralis major;** von Schulze-Berge. (D. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 433.)

In einem Fall von partieller Plexuslähmung (Ausfall des Nervus axillaris und Nervus musculocutaneus) wurde die fehlende Beugemöglichkeit des Vorderarms dadurch wieder hergestellt, daß die Sehne des Pectoralis major an ihrem Ansatz abgelöst und durch Halbierung verlängert wurde; diese verlängerte Sehne wurde nach unten geschlagen und mit der durch Halbierung ebenfalls verlängerten Bizepssehne vereinigt; das funktionelle Resultat war ein gutes.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

659. **Die seitliche Röntgen-Aufnahme des Hüftgelenks;** von L. Lilienfeld. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 294.)

Der Wert seitlicher Hüftgelenksaufnahmen liegt auf der Hand. Nicht nur daß sie uns oft wertvolle Aufschlüsse über Knochenveränderungen geben, die bei der bisher üblichen sagittalen Aufnahme nicht genügend herauskamen, sind sie in erster Linie äußerst wertvoll bei Lagebestimmungen von Fremkörpern speziell von Geschossen in der Hüftgelenksgegend. — Die Technik der Aufnahme ist einfach; durch eine ganz leichte schräge Projektion wird das Übereinanderprojizieren der Knochenschatten vermieden.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

660. **Zur Behandlung der Oberschenkelschußbrüche;** von L. Böhler. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 34. S. 763.)

Alle Knochenbrüche heilen am besten in Mittellage der Gelenke bei entspannten Muskeln und bei möglichst frühzeitiger Bewegung. An Stelle der hierfür angegebenen teueren Apparate von Zuppinger u. a. lagert B. die Oberschenkelbrüche auf ein Gestell nach Braun, wodurch eine vorzügliche Semiflexion erzielt wird. Die technischen Einzelheiten sind in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen.

Wagner (Leipzig).

661. **Spiralfeder-Nagel-Extensionsgipsverband bei Oberschenkelfraktur;** von G. Martin. (D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 946.)

Der anscheinend recht zweckmäßige neuartige Verband besteht im Prinzip darin, daß an den durch die Oberschenkelkondylen getriebenen Nägeln ein Spiralfederzug angreift, welcher an einem Stahlbügel befestigt ist, der durch einen Gipsverband am Oberschenkel fixiert ist. Zur Feststellung des in mäßiger Beugestllung stehenden Unterschenkels dient ein an der Rückseite des Beines liegender Gips-Drahtschienenverband.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).)

662. **Über Schlottergelenke im Knie nach Oberschenkelschußbrüchen;** von L. Böhler. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 39. S. 883.)

B. hat ungefähr 1000 frische Oberschenkelbrüche gesehen und 60 davon bis zur Gehfähigkeit behandelt. Alle ohne Ausnahme, auch die nicht komplizierten Oberschenkelbrüche, hatten einen mehr oder weniger starken Erguß im Kniegelenk, ganz gleichgültig, wo die Fraktur saß. In jedem Falle konnte Ballotement der Kniescheibe nachgewiesen werden. Dieser Erguß enteht durch Einwirken derselben großen Gewalt, die imstande ist, den Oberschenkelknochen zu brechen. Dieser traumatische Kniegelenkerguß bildet den Hauptgrund für das Entstehen des Schlottergelenkes des Knies; die Verkürzung spielt erst eine sekundäre Rolle. Bei Strekverbänden muß man wegen dieses immer bestehenden traumatischen Ergusses, wenn es die Wundverhältnisse erlauben, im Gegensatz zur Lehre von Christen, den Hauptzug am Oberschenkel, und nicht am Unterschenkel wirken lassen, weil der letztere zur Kniegelenkslockerung führt, sobald er mehr als 2 bis 3 Wochen mit starker Belastung einwirkt.

Wagner (Leipzig).

663. **Einfaches und schonendes Verfahren zur beliebig breiten Eröffnung des Kniegelenkes;** von E. Payr. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 41. S. 921.)

Der Kernpunkt des von P. ausgearbeiteten und erprobten Vorgehens liegt in einer nach Bedarf mehr oder weniger ausgedehnten asymmetrischen Längsteilung des gesamten muskulären und kapsulären Streckapparates. Die technischen Einzelheiten der Operation, sowie die maßgebenden anatomischen Gesichtspunkte für die Wahl eines medialen Längsschnittes müssen in der mit mehreren Tafeln sehr instruktiver Abbildungen versehenen Originalarbeit nachgelesen werden. Als besondere Vorzüge des beschriebenen Weges erscheinen P.: 1. die technische Einfachheit und Abkürzung der Operationsdauer; 2. die sehr gute Übersicht, die umfassende Verwendbarkeit; 3. keine Quertrennung von Muskelfasern, völlige Schonung der Nervenversorgung; 4. der Längsschnitt ist viel unblutiger als der Querschnitt; 5. es wird keine Knochenwundfläche geschaffen; 6. Dosierbarkeit und Erweiterungsmöglichkeit; 7. rascheste Wiederkehr der Funktion, er schafft keine Insuffizienz des Streckapparates.

Wagner (Leipzig).

664. **Zur operativen Behandlung der Kniegelenkssteife nach langdauernder Ruhigstellung;** von E. Payr. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 36. S. 809.)

Bei den schweren Formen der typischen Versteifung des Kniegelenkes nach langdauernder Ruhigstellung in Strecklage findet man eine Trias von krankhaften Veränderungen: 1. Kontraktur und schwere, oftmals am Vastus lateralis stärker ausgeprägt, von fibröser Degeneration begleitete Atrophie des Quadrizeps; 2. Einengung, schwielige, fixierende Umhüllung und Verzerrung des Recessus suprapatellaris, erhebliche Verdickung seiner Wandung, teilweise oder völlige Obliteration. Bei völliger Verödung des Rezessus, sehr langer Dauer der Kniesteife, sowie unter dem Einflusse sekundärer Traumen kann sich fibröse, schließlich sogar ossale Ankylose der Patella hinzugesellen; 3. Schrumpfung, Verdickung und Elastizitätsverlust des Tractus ileotibialis und der Fascia lata mit auffallender Verdichtung der lockeren Bindegewebslagen zwischen ersterem und dem Vastus lateralis. Die gemeinsame Folge alle dieser Veränderungen ist die wohlbekannte Beugehemmung mit dem Erhaltenbleiben eines gewissen Restes von Bewegungsausmaß (von 10—25°) beim Fehlen einer ernsteren fibrösen Ankylose der Patella. Bei den schwereren Fällen dieser Art spielt sich der *operative Eingriff* folgendermaßen ab: Übersichtliche Freilegung des ganzen Streckapparates samt Patella von einem langen äußeren Bogenschnitt aus. Besichtigung von Patella und Rezessus; Lösung der Patella; Freilegung des muskulären Streckapparates, Isolierung der Endsehne, Durchschneidung der Intermediusinsertion; Muskeldehnung, Beugeversuch; Lösung des Tractus ileotibialis, Isolierung des Rektus. In den allerschwersten Fällen, in denen das Kniegelenk auch jetzt noch einer allmählichen Beugung

weiteren Widerstand entgegensetzt, muß man die Zförmige Durschneidung und plastische Verlängerung der Quadrizepssehne mit nachfolgender Sartoriusüberpflanzung vornehmen. Eine Unterfütterung der fibrös ankylosierten gelösten Patella ist in der Mehrzahl der Fälle nicht notwendig. Für die ersten 8—10 Tage wird das Bein semiflektiert gelagert. Nach Heilung der Hautwunde beginnt sofort aktive und passive Gelenkübung, sorgfältigste Muskelpflege; nach 14 Tagen bis 3 Wochen gehen die Kranken umher. Die Erfolge waren sehr gute. In mehr als der Hälfte der Fälle konnte das Knie aktiv, ganz oder nahezu bis zur Strecklage gebracht werden.

Der Arbeit sind ausgezeichnete Abbildungen beigegeben. Wagner (Leipzig).

665. **Zur Technik der Patellarnaht;** von Cl. Hörhammer. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 49. S. 1049.)

Gegenüber Soubert und Schäfer empfiehlt H. vor allem die Payrsche Longitudinalnaht, die allen Anforderungen so vollkommen entspricht, daß man bei richtiger Ausführung der Naht nicht das Bedürfnis hat, sich irgend einer anderen Methode zu bedienen. Die Payrsche Naht ist die einzige, die dem Prinzip, das sonst für alle Knochennähte anerkannt ist, entspricht, daß Bohrlöcher und Durchführung senkrecht auf den zu vereinigenden Bruchflächen stehen sollen. Selbstverständlich muß bei der Payrschen Patellarnaht auch der seitliche Bandapparat, wie bei allen anderen Methoden, noch besonders vereinigt werden. Die Resultate sind hervorragende sowohl in bezug auf knöcherne Heilung, als auf Funktion. H. beschreibt noch einige von ihm ersonnene technische Modifikationen, wodurch eine tadellose operative Vereinigung der Patella erreicht wird. Wagner (Leipzig).

666. **Wieviel kann von der Fibula ohne dauernde Funktionsstörung weggenommen werden?** von Gunnar Nyström. (Nordiskt Medicinskt Arkiv Bd. 49. H. 3.)

In einem Falle von ausgedehntem Sarkom der Fibula führte N. die Totalexstirpation dieses Knochens aus und zwar mit sehr gutem funktionellen Resultat. Die bemerkenswerte Tatsache, daß die Entfernung des ganzen lateralen Knöchels zu keinen nennenswerten Bewegungsstörungen im Fußgelenk führt, veranlaßte sodann N. zur experimentellen Prüfung der Bewegungsbedingungen im Fußgelenk; dabei konnte er feststellen, daß nach Entfernung des äußeren Malleolus die Pronation des Fußes nur in normalem Umfange möglich ist, hingegen die Supination in erheblich höherem Maße; es ist daraus der Schluß zu ziehen, daß nach einer operativen Entfernung des äußeren Knöchels eine Abknickung des Fußes nach innen durch Einlagen usw. vermieden werden muß. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

667. **Der Kompressionsbruch des Fersenbeins mit besonderer Berücksichtigung seiner Behandlung und erwerblichen Bedeutung;** von F. Kaufmann. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. S. 101.)

Zunächst Beschreibung des klinischen Bildes unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und der pathologischen Anatomie. Für die Behandlung ist es am zweckmäßigten, den Bruch, wenn angängig, zu reponieren und dann durch einen Heftpflasterverband in der richtigen Lage zu halten. Nur $^1/_4$—$^1/_5$ aller Fälle war dauernd in der Erwerbsfähigkeit geschädigt; bei rechtzeitiger zweckmäßiger Behandlung wäre der Prozentsatz noch geringer.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

668. **Hackenschmerzen und Kalkaneusexostosen;** von K. Holzapfel. (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgebiet d. prakt. Med. Bd. 17. H. 5.)

Es werden zwei Arten von Kalkaneussporn unterschieden, der spitze, zackenförmige und der mehr breite, buckelartige. Nach Ansicht H.s prädisponieren gewisse bestimmte Erkrankungen zur Entstehung von Kalkaneusexostosen und zwar soll der „spitze" Sporn besonders bei Arteriosklerose und chronischen Gelenkerkrankungen auftreten, während der breite Sporn charakteristisch für eine gonorrhoische Erkrankung ist. Bei Plattfuß können vorher symptomenlose Sporne Beschwerden machen. Da chirurgische Eingriffe meist keine besonderen Resultate erzielen (Rezidive!), empfiehlt H. konservative Behandlung (Filzsohle mit Aushöhlung in der Hackengegend). Brütt (Hamburg-Eppendorf).

VI. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

669. **Le diagnostic de l'otorrhée tuberculeuse;** par L. Lermoyez. (Presse méd. 1917. Nr. 42. S. 433.)

Von 400 Fällen von Otorrhöe sind 40 tuberkulöser Natur. Es handelt sich dabei um 30 Kinder und 10 Erwachsene, von denen 8 Männer und 2 Frauen. Die Infektion findet hauptsächlich entlang der Tuba statt. Jede Tuberkulose des Ohres ist offen; sie wird jedoch praktisch in hohem Maße offen, sobald das Trommelfell perforiert ist. Dann tritt auch regelmäßig sekundäre pyogene Infektion auf, die meistenfalls das Krankheitsbild beherrscht und, wenn auch nicht immer, die Krankheit einen mehr akuten, weniger torpiden Verlauf nehmen läßt. Die Erkrankung verläuft latent, das heißt ganz wie eine gewöhnliche Mastoiditis oder deutlich als Tuberkulose oder als „forme fruste". Letztere Form ist die wichtigste und ist zu erkennen an folgenden wahrscheinlichen Kennzeichen: Schleichender Anfang, starke und oft wechselnde Taubheit im Gegensatz zu den objektiv wahrnehmbaren Abweichungen, blasse, schlaffe Granulationen in der Trommelhöhle, die selten vorkommende, jedoch diagnostisch wichtige „weiße Caries" und die nach der Operation lange Zeit nachbleibende kleine Fistel. Ferner durch folgende sichere Kennzeichen: die Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Eiter (negativer Befund ist ohne Bedeutung), die mikroskopische Untersuchung von ausgekratztem Granulationsgewebe (auch hier schließt negativer Befund Tuberkulose nicht aus), Impfung an Meerschweinchen, bei der man eine der Schnellmethoden anwenden muß. Die Tuberkulinreaktion hat nur Bedeutung durch die Herdreaktion, die jedoch im Ohre zu ernsten Verwicklungen führen kann und deswegen verwerflich ist. Lamers (Herzogenbusch).

670. **Bemerkungen über Therapie der hysterischen Taubheit;** von R. Hirschfeld. (Med. Klin. 1917. Nr. 33. S. 892.)

Benutzung des galvanischen Hörphänomens in Übereinstimmung mit der Zuhilfenahme des Phänomens des galvanischen Luftblitzes bei hysterischer Amaurose zur psycho-therapeutischen Beeinflussung der hysterischen Taubheit. Cordes (Berlin).

671. **Taubstummheit und Taubstummenzählung in der Schweiz;** von Liebermann. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 1.)

Gegenüber der erworbenen Taubstummheit führt die kretinische Degeneration in der Regel zu der angeborenen Form. Die Übergänge von Kretinen zu Kretinoiden zu geistig oder körperlich Normalen entsprechen den Übergängen von schweren zu leichten Formen der Hörstörung bzw. Felsenbeinveränderung. Für die Diagnose der kretinösen Taubstummheit sind geistige und körperliche Störungen nicht unumgänglich nötig, es genügt, wenn andere Ursachen fehlen, daß das Individuum aus einer Kropfgegend stammt und die hereditären Verhältnisse der Blutsverwandten auf Kretinismus hindeuten; auch besteht kein Parallelismus zwischen allgemeinen und Ohrstörungen. Als eines der konstantesten Stigmata kretinoider Degeneration ist die Mißbildung des Gehörorgans speziell der Labyrinthwand anzusehen, während nach Bircher die Ursache der Gehörstörung im Gehirn zu suchen war.

Die intrauterine Formvorbildung der Gehörknöchelchen bzw. des Labyrinthes fällt in die Zeit vom 4. Monat an; demgegenüber ist nicht bekannt, wann die Störung an den nervösen Organen einsetzt. Vielleicht liegt eine chronische Meningitis zugrunde, wie bei verschiedenen Allgemeininfektionen Meningen und Ohr zugleich erkranken. Geklärt ist die Ursache des Kretinismus noch nicht. Not, Inzucht und soziale Verhältnisse sieht L. zwar als Mitursachen, nicht aber als Hauptursache an. Mit besserem Wohlstand hat sich auch in der Schweiz die Taubstummenziffer gesenkt. Unter 1400 Rekruten des Jahrgangs 1898 aus Kanton Freiburg war nur 1 intelligenter, gutgewachsener Taubstummer; unter 1053 Stellungspflichtigen des Kreises Basel-Stadt *nicht einer*. Für Entstehung und Ausbreitung der Taubstummheit sind geologische Verhältnisse bzw. die Herkunft des Wassers von Bedeutung; L. weist auch auf die ältere Theorie hin, nach welcher der höhere Gipsgehalt im Trinkwasser nicht ohne Einfluß sei.

In den Anstalten überwiegt die *angeborene* Taubstummheit mit 65% über die erworbene mit 36%; in derselben ist aber nur ein Teil der angeborenen Fälle zu suchen, da ca. 45% der Aufgenommenen wieder entlassen werden mußten. In kropffreien Gegenden ist die Vergesellschaftung von Taubstummheit und Schwachsinn erheblich geringer. Wie bei Kretinismus und Idiotie überwiegen bei der endemischen Taubstummheit die Männer.

L. verlangt mit Rücksicht auf die Häufigkeit des Schwachsinns bei der endemischen Taubstummheit eine Vermehrung spezieller Anstalten.

Kellner (Hubertusburg).

672. **Tränen-Nasengangbildung nach Schußverletzung durch Sondierung ohne Ende mit Epithelbrei am Faden;** von V. v. Hacker. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 15. S. 245.)

Bei einem Verletzten ist durch dieses Verfahren tatsächlich die Wiederherstellung eines funktionierenden Tränen-Nasenganges gelungen, so daß das Tränenträufeln aufhörte. Dasselbe Verfahren wurde noch in 2 anderen Fällen angewendet. Den sicheren Nachweis, einen Kanal durch diese Art der Einführung von Epithelbrei zu epithelisieren, könnte man wohl nur experimentell liefern. Es würden sich verschiedene Fälle ergeben, in denen durch Einbringung von Epithelbrei auf wunde oder granulierende Kanäle bzw. Defekte in Kanälen (Nasenhöhle, Ösophagus, Urethra, Mastdarm usw.) sich Erfolge erzielen ließen, teils durch die Sondierung ohne Ende, oder wo sie nicht durchführbar ist, etwa durch Aufstreichen des Breies auf länger oder kürzer eingelegte Dränröhren, Katheter, Schlundröhren usw. So könnte dieses Verfahren bei der Behandlung der Speichelgangfistel mit der Kaufmannschen Dränage der Wange; nach Verätzungen der Speiseröhre, sobald danach die ersten Sondierungen gestattet sind, mit diesen kombiniert werden.

Wagner (Leipzig).

673. **Über Nasendiphtherie;** von G. A. Waetzoldt. (Ther. d. Gegenw. 1917. H. 7. S. 250.)

Länger dauernder Schnupfen im Kindes- und besonders Säuglingsalter erweckt Verdacht auf Diphtherie, deshalb bakteriologische Untersuchung. Bei jeder Diphtherie Nasenuntersuchung! Bakteriologische Untersuchung der Nase vor der Entlassung wie des Rachens. Isolierung der Nasenbazillenträger. Behandlung der Nasendiphtherie mit Serum zur Verhütung des Übergreifens der Erkrankung auf andere Organe.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

VII. Soziale und gerichtliche Medizin.

674. **Euthanasie;** von W. Hanauer. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 3. S. 107.)

Nach allgemeiner Betrachtung über Euthanasie wendet sich H. gegen Ausführungen Elsters in der Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissensch. Bd. 36. H. 6. S. 598 und betont, daß glücklicherweise keine Aussichten vorhanden sind, der von Elster geforderten gesetzlichen Regelung der Euthanasie näherzutreten; die vorliegende Arbeit ist besonders in Anbetracht des wenigen, was in der Literatur vorhanden ist, eine besonders interessante zusammenfassende Darstellung über Euthanasie. Cordes (Berlin).

675. **Zur Psychologie und Prophylaxe des Kindesmordes;** von G. Poppe. (D. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 609.)

Eingehende Darlegung der in seiner Eigenschaft als Gerichtsarzt an zahlreichen Fällen gemachten Beobachtungen. Psychologisch kommt als wesentlichster Faktor die Ungebildetheit und geringe Erfahrung der Mütter in Betracht, prophylaktisch eine die Unterbringung der Kinder erleichternde Fürsorge, eventuell eine Kinderversorgung. Cordes (Berlin).

676. **Die Kriminalität der Jugendlichen und ihre Verhütung;** von Jakobsohn. (Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform 1917. Nr. 2. S. 11 u. 12.)

Die Arbeit berücksichtigt zunächst in der Hauptsache die soziologischen Faktoren und läßt die endogenen, hauptsächlich, also in psychopathologischen Verhältnissen beruhenden Ursachen, welche bei der jugendlichen Kriminalität keine geringe Rolle ausüben, außer Spiele. Bei der vielfachen Wechselwirkung und Verknüpfung beider ist eine reinliche Scheidung aber nicht stets möglich. Es erscheint wichtig, dies zu betonen, weil selbst dann, wenn es gelänge, die einen Ursachen zu beheben oder weitgehend zu beschränken, die anderen in vielen Fällen noch bleiben würden. Die Verhütung der jugendlichen Kriminalität kann Aussicht auf wirklichen Erfolg nur haben unter Behebung der soziologischen Faktoren und frühzeitiger Erkenntnis der Psychopathen. Zweifellos weist die Tatsache, daß unter 1500 jugendlichen Rechtsbrechern nur 2% aus besser situierten Familien stammten, auf die Wichtigkeit gerade der sozialen Verhältnisse hin. Die Ergebnisse der Jakobsohnschen Untersuchungen sind kurz-

gefaßt folgende: Ungünstige Beschaffenheit der Wohnung führt zum Vagieren. Die fehlende geistige Nahrung führt zur Befriedigung rein körperlicher Genüsse. Geringe Beaufsichtigung führt zum Straßenaufenthalt. An Maßregeln schlägt J. vor: Sorge für eine wohltätig einwirkende Umgebung und ausreichende Ernährung. Genügende Arbeitsmöglichkeit für den Ernährer, um Stetigkeit des Familienlebens zu fördern; beim Tode desselben materielle Unterstützung; Verbleiben der Mutter im Hause. Möglichkeit für den Vater, sich weiterzubilden, um Kinder erziehen zu können, eventuell obligatorische Teilnahme der Eltern an Vorträgen. Besserung der Wohnungsverhältnisse. Berücksichtigung der Hoch- wie Minderbefähigten durch die Schule. Regulierung der sich im heranwachsenden Kinde anstauenden Kräfte durch Gewöhnung an freie und schöpferische Spiele. Heraufsetzung der Straffälligkeit (nicht unter das 16. Lebensjahr). Angliederung von Neigung und Begabung berücksichtigenden Arbeitsschulen an die Volksschule. Bekämpfung der Volksseuchen (Alkoholismus, Syphilis und Tuberkulose) und Vorschläge hierfür. Jugendliche bis zum 17. Jahre sollten keinen Alkohol erhalten; für spätere Alter eventuell Ausgabe von Bierkarten (!). — Man sieht, die Vorschläge betreffen Reformen ziemlich unserer gesamten Einrichtungen. Kellner (Hubertusburg).

677. **Zur Organisation der Fürsorge bei kongenitaler Lues im ersten Kindesalter;** von M. Pfaundler. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 748; Nr. 18. S. 581.)

Zunächst Feststellung, auf welche Säuglinge, respektive Kleinkinder sich die Luesfürsorge zu erstrecken hat. Betont wird die Notwendigkeit der strengsten Beobachtung der Kostkinder. Dann Inhalt der Fürsorge. Verpflichtung des Arztes zur Anzeige des Falles und Aufklärung über die Ansteckung an die Umgebung. Das Recht für die aufsichtführende Behörde, die Behandlung anzuordnen. Die Aufnahme der Frühkinder in ein Krankenhaus. Ein weiterer Abschnitt behandelt die Kontagiosität der kongenitalen Lues. Betont, daß der Ansteckung durch die kongenitale Lues unbedingt leichter vorgebeugt werden kann. Eingehende Besprechung der Krankenhausbehandlung der kongenitalen Lues, Unterbringung in sog. Welander-Heime und endlich Vorschläge zur Ergänzung des Entwurfs der Vorschriften zur Bekämpfung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten. Cordes (Berlin).

678. **Tuberkulose und Schwangerschaft unter dem Gesichtspunkte der sozialen Lage;** von F. Ebeler. (Arch. f. Frauenkunde u. Eugenetik Bd. 3. H. 3 u. 4. S. 201. 1917.)

Die primäre soziale Indikation, d. h. bei sonst körperlich durchaus gesunden Eheleuten, kann unter den wissenschaftlichen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung keinen Platz finden; die enorme Wichtigkeit des sozialen Faktors bei der durch Schwangerschaft komplizierten Tuberkulose stehe dagegen als sekundäre Indikation zu einem Eingriff außer Frage. Jolly (Halle).

679. **Zur Behandlung und Verhütung des psychischen Mißwuchses;** von Good. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger 1917. Nr. 4.)

Die Zahl der psychisch Kranken und Schwachen, welche schneller zunimmt als die gesunde Bevölkerung, nötigt mit besonderer Rücksicht auf den durch den Männerverlust im Kriege verursachten Geburtenrückgang zu rassenhygienischen Maßnahmen größeren Stiles, die Volksaufklärung über die einschläglichen hygienischen Verhältnisse kommt nur einem kleinen Teil zugute. Die ärztlichen Maßnahmen bezwecken bisher nur eine *Erhaltung* der Kranken und Schwachen. Zur Bekämpfung des psychischen Mißwuchses gehört der systematische Kampf gegen Alkoholismus, Lues und Tuberkulose.

In welcher Weise die verschiedenen Erbeinheiten bei psychischen Anomalien den Mendelschen Gesetzen folgen, wissen wir noch nicht, sicher aber ist, daß „die Hälfte des psychischen Mißwuchses seine Entstehung der Vererbung verdankt". Die große nationalökonomische Bedeutung des psychischen Mißwuchses und das absolut geringe Verantwortlichkeitsgefühl in bezug auf die rassenschädigende Fortpflanzung weisen auf eine Korrektur der letzten Faktoren hin. Das sicherste Mittel zur Eindämmung des psychischen Mißwuchses liegt darin, gewisse Formen von Geisteskrankheiten und psychische Defektzuständen von der Fortpflanzung auszuschalten. Staatliche Eheverbote erreichen ihren Zweck nicht. Antikonzeptionelle Vorkehrungen sind aus verschiedenen Gründen auszuschließen. Als einziges und sicheres Mittel empfiehlt G. die *Sterilisation* und zwar möglichst mittels der X-Strahlen, deren Berechtigung aus rassehygienischen Gründen dargetan wird. Degenerative, auf erblicher Basis beruhende Krankheiten (Geisteskranke und moralisch oder intelektuell hochgradig Schwachsinnige im zeugungsfähigen Alter) kommen in Frage. 2 Fachärzte und 1 Operateur stellen die Indikation, welche nur aus ökonomischen Gründen erhoben werden darf. Kellner (Hubertusburg).

680. **Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in und nach dem Kriege und die Beratungsstellen;** von H. Fürth. (Zeitschr. f. Sexualwiss. 1917. Bd. 4. H. 2 u. 3. S. 65.)

In eindringlichen und überzeugenden Ausführungen weist F. auf die großen Gefahren der Geschlechtskrankheiten für unsere Soldaten, ihre Angehörigen und Nachkommen und auf die inzwischen eingerichteten Beratungsstellen hin. Nur wenn die Familienangehörigen, das sind in diesem Fall die Frauen, Bräute, Mütter usw., sich dazu vermögen, in der venerischen Erkrankung eine Krankheit gleich einer anderen und keinen Schimpf zu sehen, dürfe man hoffen, daß die Beratungsstellen zu einer guten Waffe im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten werden. Jolly (Halle).

681. **Die Sicherstellung der Volksvermehrung;** von F. Schacht. (Arch. f. Frauenkunde u. Eugenetik Bd. 3. H. 3 u. 4. S. 212. 1917.)

Nach Sch. sind es allein die Damen der höheren Gesellschaft, welche in erster Linie die Hauptschuld daran tragen, daß es mit unseren Populationsverhältnissen in der bedenklichsten Weise abwärtsgehe. Wenn diese Damen sich ermannen, die Fortpflanzung mit demselben Pflichtgefühl zu übernehmen, wie sie es mit verschiedenen niederen Arbeiten nach Ausbruch des Krieges getan haben, so sei das Problem gelöst. Jolly (Halle).

682. **Moderne Behandlung von Unfallverletzungen;** von Liniger. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1917. Septemberheft.)

Der seit Jahren auf dem Gebiete der Unfallerkrankungen erfolgreich tätige und erfahrene L. gibt eine interessante und wichtige Übersicht über die modernen ärztlichen Aufgaben gegenüber Unfallverletzten. Er betont mit Recht, daß die Ausbildung der meisten Ärzte auf diesem Gebiete eine mangelhafte ist und geht Punkt für Punkt die verschiedenen Verletzungen, Brüche und Verstauchungen durch.

Seine Erfahrungen faßt er in diagnostischen und therapeutischen Schlußsätzen zusammen. Aus diesen sei erwähnt, daß der Gipsverband im allgemeinen nicht länger als 14 Tage liegen soll, nachdem die Stellung der Bruchstücke im Röntgenbild kontrolliert ist, daß vor allem die funktionelle Behandlung gegenüber den früheren lange liegenden Verbänden am Platze ist. Die eingehende Kenntnisnahme des Vortrages sei allen Ärzten empfohlen. Rumpf (Bonn).

683. **Die Gefahren der gewerblichen Arbeit unter künstlich erhöhtem Luftdruck und die Maßnahmen zur Verhütung dieser Gefahren;** von H. Müller. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Bd. 24. Nr. 11. S. 250; Nr. 12. S. 265. 1917.)

M. sah in Köln die Preßluftgründung eines Brückenpfeilers einer Rheinbrücke und schildert daran anknüpfend die *Wirkung der Preßluft auf die Lungenoberfläche der Arbeiter.* Der erhöhte Druck bewirkte vermehrte Gasabsorption in den Lungenkapillaren, und zwar direkt proportional dem Partialdruck des Gases (Dalton-Henrysches Gesetz). Der Sauerstoff ist zum größten Teil im Blut chemisch gebunden, nur ein kleiner Teil folgt daher obigem Gesetz. Der Stickstoff hingegen wird von Blutplasma und Gewebe fast ganz absorbiert, und zwar entsprechend seiner hohen Volumprozentzahl in reichlicher Menge; Blutplasma und Gewebe haben aber verschiedene Resorptionskoeffizienten für Stickstoff. Während Blutserum und Liquor, sowie eiweißhaltige Exsudate keinen wesentlich höheren Absorptionskoeffizienten haben als das Blut (Quincke), nimmt das Fett 6mal soviel N. als dieses auf; ebenso verhalten sich die Lipoide der markhaltigen Nervenfasern. Die Stickstoffsättigung erfolgt allmählich; sie ist nach 5 Stunden noch nicht völlig erreicht. — Beim Einschleusen werden die Arbeiter dem Drucke ganz allmählich ausgesetzt. Zuerst macht er sich am Gehörorgan bemerkbar. Die Trommelfelle werden nach innen gedrückt. Schlucken bewirkt den Druckausgleich. In der Paukenhöhle erfolgt der Druckausgleich langsamer. Rasche Zunahme des Druckes kann Schmerzen, Gefäßinjektion, Blutungen zur Folge haben. — Leute mit akuten Mittelohrkatarrhen sollen deshalb von der Einschleusung ausgeschlossen werden. — Auftreten heftiger Schmerzen im Ohr beim Einschleusen zeigen an, daß die Geschwindigkeit der Einschleusung zu groß war. Kadner (Dresden-Loschwitz).

684. **Over den dood veroorzaakt door electriciteit, en de histopathologie van een daardoor verwekte eigenaardige huidverbranding;** door C. W. G. Mieremet. (Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 1917. 2. Hälfte. Nr. 22. S. 1951.)

Lesenswerte, eingehende Arbeit über den Tod durch Elektrizität, anknüpfend an einen selbst beobachteten Fall (Berührung des kupfernen Einfassungsringes einer elektrischen Handlampe). Sektionsprotokoll und Gutachten für die Unfallversicherung. M. hat die Gewebsveränderungen an der Eintrittsstelle des Stromes in den Körper mikroskopisch studiert; dieses histologische Bild ist noch niemals beschrieben worden. Die harte, grauweiße Hautstelle bestand histologisch aus gequollenen kollagenen Fasern, als ob infolge der Passage des elektrischen Stromes eine Koagulationsnekrose stattgefunden hatte. — Literatur im Text. Lamers (Herzogenbusch).

VIII. Strahlenkunde.

685. **Über die Perspektive der Röntgenbilder;** von E. Regener. (Forsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 215. 1918.)

Während es bei der Röntgenaufnahme möglich ist, die Platte von beiden Seiten, also in richtiger oder in falscher Perspektive, zu betrachten, ist man bei der Durchleuchtung darauf angewiesen, das auf dem Schirm erscheinende Schattenbild von der der Röhre abgekehrten Seite, also in verkehrter Perspektive zu sehen. Durch geeignete Vorrichtungen gelingt es, das Durchleuchtungsbild auf dem Schirm räumlich, objekttreu und in einer Perspektive wiederzugeben, die dem Röhrenstandpunkt entspricht, die also richtig ist und mit der Tiefenrichtung übereinstimmt. Die Einführung der Stereoskopie bei der Durchleuchtung bietet daher eine wesentliche Verbesserung bei der Deutung des Durchleuchtungsbildes. Kautz (Hamburg).

686. **Über Frontaluntersuchung;** von M. Zehbe. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 111. 1917.)

Die Frontaluntersuchung der Brust- und Bauchhöhle, die ganz zu Unrecht bisher vernachlässigt wurde, vervollständigt in vielen Fällen von sagittaler Untersuchungsrichtung die Beurteilung und ermöglicht sie überhaupt in einer Reihe anderer Erkrankungen, so z. B. solcher des Retrosternal- und Mediastinalraums, atypische Sanduhrformen des Magens (Kaskadenmagen u. ä.). Kautz (Hamburg).

687. **Einige Messungen an Röntgenstrahlen;** von I. E. Lilienfeld. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 77. 1917.)

Die von L. konstruierte Röhre bietet infolge ihrer äußerst präzisen Führung der Kathodenstrahlen Gelegenheit, die Beschaffenheit der Röntgenstrahlung in Abhängigkeit von der Kathodenstrahlendichte am Brennfleck zu studieren. Und zwar ergibt sich, daß die Härte der Reststrahlung nicht nur von der an die Röhre angelegten Spannung anhängt, sondern auch außerordentlich mit der spezifischen Belastung des Brennflecks zunimmt. Daraus folgt, daß zur Herstellung einer homogenen Strahlung nicht nur eine homogene Spannung (stehende Gleichspannung), sondern auch eine absolut gleichmäßige Belegung des Brennflecks mit Kathodenstrahlen erforderlich ist. Hiermit wird zum ersten Male die Forderung nach einem möglichst scharfen Brennfleck für die Tiefentherapie erhoben. Die für medizinische Zwecke zur Zeit erreichbare Homogenität wird mit der Strahlung unter 1.5—3 mm Al. bezeichnet. Mit dem Lilienfeld-Rohr gelingt es, 75% der Anfangsintensität als homogene Reststrahlung zu gewinnen. Die zur Zeit größte erreichbare Härte der Strahlung beträgt bis zu 12 mm Halbwertschicht. Härten von 10—12 mm Halbwertschicht ermöglicht der Gleichrichter bei 29 cm, der Induktor bei über 40 cm Parallelschlagweite. Hierdurch und wegen der Konstanz und Zuverlässigkeit des Betriebes ist der Gleichrichter dem Induktor überlegen, da es geboten scheint, erst bei einer niedrigen Spannung alles an Härte herauszuholen, was erreicht werden kann, bevor man dazu übergeht, die große Umständlichkeit, die durch Einführung höchster Spannungen bedingt ist, in Kauf zu nehmen. Von 2 Induktoren scheint bis zu einem gewissen Grade bei gleicher Schlagweite derjenige die härtere Reststrahlung zu liefern, der den stärkeren Eisenkern besitzt. Kautz (Hamburg).

688. **Über die Entstehung von nitrosen Gasen im Röntgenbetrieb nebst Vorschlägen zu deren Unschädlichmachung;** von A. Lorey. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 212. 1918.)

Die dauernde Einatmung der im Röntgenbetrieb entstehenden salpetrigen Säure kann zu Gesundheitsschädigungen führen. Diese Schädlichkeiten lassen sich durch einfache Mittel, wie Herausnehmen der Röntgenapparate, besonders der Gleichrichter, aus dem Arbeitsraum, Einschließen der Funkenstrecken, Aufstellen von Schalen mit verdünnter Natronlauge, Anstrich der Wände mit Kalk, gute Lüftung vermeiden oder wenigstens sehr erheblich vermindern. Für das Röntgenpersonal ist möglichst ausgiebiger Aufenthalt in freier Luft besonders angezeigt.
Kautz (Hamburg).

689. **Sekundärstrahlen und Härtegrad;** von Th. Christen. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. 1917.)

Es gibt drei verschiedene Arten von Sekundärstrahlung, β-Strahlung, Fluoreszenzstrahlen (Eigenstrahlung) und Streustrahlen. Mit dem Überhandnehmen der Streustrahlung bei hohen Härtegraden wird der bisher gültige Begriff der Halbwertschicht hinfällig; man muß künftig unterscheiden zwischen der hypothetischen Halbwertschicht reiner Absorption, der ebenfalls hypothetischen Halbwertschicht reiner Streuung und der kombinierten Halbwertschicht, welche durch die tatsächlich vorhandene gleichzeitige Wirkung von Absorption und Streuung bedingt ist. Die letztere ist unter Beachtung bestimmter Vorsichtsmaßregeln meßbar, und zwar kommt für die Berechnung der Dosis die Halbwertschicht reiner Absorption in Betracht. Die bei der Tiefentherapie durch die Streustrahlung erzielte Zusatzdosis wird mit Hilfe der relativen Streuung und der wirksamen Streuung berechnet. Während die relative Streuung nur vom Härtegrad abhängt, ist die wirksame Streuung sowohl vom Härtegrad, als auch von der Größe und Form des durchstrahlten Volumens (Blendenöffnung) abhängig. Bei Überhandnehmen der Streustrahlung verändert sich auch die Bedingung für das Optimum der Tiefenwirkung. Die Berechnung dieses Optimums wird erst möglich bei genauer Kenntnis der Zahlen für die Abhängigkeit der Halbwertschicht reiner wie wirksamer Streuung vom Härtegrad. Kautz (Hamburg).

690. **Über die Filter in der Strahlenbehandlung;** von A. Pagenstecher. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 221. 1918.)

Die von Loewenthal und P. 1913 begonnenen grundlegenden Versuche über die Schwermetallfiltrierung haben die Berechtigung dieser Filterung bei der Behandlung der bösartigen Tumoren seitdem ergeben. Wenn auch die seiner Zeit vorgeschlagene Bleifilterung den Vorteil hat, daß man entsprechend dem höheren Atomgewicht mit wesentlich dünneren Filtern auskommen kann, so besteht bei der Weichheit des reinen Bleies doch die Gefahr der Läsion des Filters und damit die Gefahr des unfiltrierten Strahlendurchganges. P. empfiehlt daher die Vereinigung des Bleies mit Aluminium, und zwar in einem Verhältnis von 1 : 4, wodurch auch die Sekundärstrahlung des Bleies vermieden wird. Auch die von Loewenthal 1912 empfohlene Messung der Strahlenmenge mittels des elektrischen Meßinstruments ist seitdem als einzig brauchbare Meßmethode anerkannt worden. Kautz (Hamburg).

691. **Über Röntgenschutzpasten;** von G. Milscher. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 39. S. 1286.)

Als beste Schutzpasten empfiehlt M.: 1. Lithargyr. anglic. pulver. 85 + Ol. Paraffin 2 + Vaselin. flav. 13 oder 2. Bismuth. subnitr. 70 + Vaselin. flav. 30. Brauns (Dessau).

692. **Experimenteller Beitrag zur chemischen Wirkung der Röntgenstrahlen;** von Gähwyler. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. 1917.)

Das käufliche Lezithin enthält geringe Cholinmengen, die sich mit der biologischen Methode Guggenheims und Löfflers leicht nachweisen lassen. Das durch Auswaschen möglichst vollständig vom Cholin befreite Lezithin zeigte nach intensiver Röntgenbestrahlung keine Abspaltung von Cholin. Frisch gelegte Hühnereier zeigten nach Bestrahlung an zwei und drei aufeinanderfolgenden Tagen keinen vermehrten Cholingehalt des Dotters gegenüber Kontrolleiern. Im Harn von Patienten konnte nach Verabreichung einer Röntgendosis von 2 Sabouraud durch 3 mm Aluminiumfilter kein vermehrter Cholingehalt gefunden werden. Intensive Bestrahlung von Kaninchen auf Leber und Milz bewirkt keine Cholinzunahme im Blut und Harn. Nach Bestrahlung lezithinreicher Organe (Kaninchenovarien, Hundehoden) konnte keine Cholinvermehrung im bestrahlten Organ nachgewiesen werden gegenüber den nicht bestrahlten Kontrollorganen desselben Tieres. Die Hypothese des Freiwerdens von Cholin in Organen unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen erscheint nach den vorliegenden Versuchen nicht gerechtfertigt. Kautz (Hamburg).

693. **Die selbsthärtende Siederöhre, das Tiefentherapierohr;** von H. Wintz. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 944.)

Bekanntlich beschäftigt sich die Erlanger Klinik seit Jahren mit Erfolg damit, eine geeignete Apparatur für Tiefenbestrahlung zu finden, die in möglichst wenigen Sitzungen gute Wirkung erzielt. Der Erfolg liegt in der Herstellung *härtester* Strahlen. In der selbsthärtenden Siederöhre von C. H. F. Müller-Hamburg, die beschrieben wird, ist in genannter Hinsicht ein großer Fortschritt erreicht. Klien (Leipzig).

694. **Über die Loosesche Wasserkühlröhre;** von B. Walter. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 37. 1917.)

Von den beiden von Loose zu der gewöhnlichen Wasserkühlröhre neu hinzugefügten Kühlgefäßen ist das letztere zum mindesten überflüssig, während sich das erstere für sehr stark zu belastende Röhren wohl von Vorteil erweisen dürfte. Die künstliche Anheizung des Wassers in beiden Kühlgefäßen ist nicht deswegen zu empfehlen, weil etwa das heiße Wasser besser wirkt als das kalte, sondern nur deshalb, weil man von vornherein unter möglichst konstant bleibenden Verhältnissen arbeitet. Kautz (Hamburg).

695. **Die Fremdkörperlokalisation mittels der Schirmmarken-Einstellmethode;** von L. Freund und A. Praetorius. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 459.)

Die von Holzknecht, Sommer und Meyer angegebene Durchleuchtungslokalisation mittels der Blendenränder ist im Prinzip richtig, stößt jedoch praktisch auf gewisse Fehlerquellen, welche die Genauigkeit der erhaltenen Resultate gefährden. Als Ursache hierfür ist die verschieden große Ausdeh-

nung der Schattenzone anzusehen, die von der Größe des Fokus, von der Distanz vom Fokus einer- und vom Leuchtschirm andererseits, von der Dicke des Blendenbleches, vom Material desselben, von der Form seines Randes und von der Größe des Strahlen-Einfallwinkels abhängig ist. Durch die Schwankungsbreite der unscharfen Schattenzone entstehen Fehler im Anbringen der Randmarken, die ihrerseits die Fremdkörperlokalisation ungenau machen. Ähnliche Fehler haften der Methode von Heberle und Kaestle an. Fr. u. P. empfehlen als genauere Methode zur Fremdkörperlokalisation ihre „Schirmmarkeneinstellmethode", die auch noch den Vorteil größerer Einfachheit für sich hat. Über die Vorarbeiten und Ausführung dieser Methode wie ihre geometrischen Grundlagen und Fehlerverhältnisse muß Näheres in der Arbeit selbst eingesehen werden.

Kautz (Hamburg).

696. **Übersicht über die Resultate der Krebsbehandlung am Radiumheim in Stockholm;** von G. Furssel. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 143. 1917.)

Am Radiumheim wurden in einem Zeitraum von 5 Jahren 1015 Krebspatienten mit Radium, Röntgenstrahlen oder einer Kombination von beiden Strahlenarten behandelt. Nach eingehender Besprechung der Technik werden die an Sarkomen und Karzinomen erzielten Resultate ausführlich wiedergegeben. Die Zahl der Heilungen und Besserungen ist bei den einzelnen Tumoren je nach Lage und Ausdehnung verschieden und schwankt innerhalb weiter Grenzen. Am ungünstigsten liegen die Resultate bei den tiefliegenden Tumoren der inneren Organe, bei denen es nur in Ausnahmefällen gelingt, einen symptomfreien Zustand herbeizuführen. Als leitende Regel bei allen Bestrahlungen gilt, den behandelten Tumor sich nicht wiederholen zu lassen, ehe eine neue Behandlung eingeleitet wird. Die Zwischenräume müssen deshalb mit Hinsicht auf die Reaktionsweise des Tumors gewählt und der Reaktionsverlauf genau beobachtet werden. Hierauf wie auf einem äußerst genauen Applizieren der Präparate beruht im wesentlichen der gute Erfolg. Kautz (Hamburg).

697. **Über die Dosierung bei der radioaktiven Behandlung innerer Krankheiten;** von W. Falta. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 15. S. 455.)

F. führt den Rückschlag, den die allgemeine Begeisterung über die therapeutische Wirkung der radioaktiven Substanzen nach kurzer Anwendungszeit erfahren hat, auf Mißerfolge durch falsche Dosierung zurück. Bei der Emanationsbehandlung verwendete man zu geringe Dosen, während bei der Therapie mit festen radioaktiven Substanzen, z. B. dem Thorium X, zu große Dosen gebraucht wurden. Eine exakte Dosierung fordert die Berücksichtigung vieler Einzelheiten, z. B. Feststellung der Aktivität durch physikalische Meßmethoden, Lebensdauer des Präparates, Ausscheidungsverhältnisse und vor allem die Organotropie, d. h. die Wirkung auf die Organe, die eine besondere Speicherung der aktiven Substanzen erfahren.

Bei der Inhalations- wie Trink- und Bäderkur verwendet F. wesentlich mehr Macheeinheiten wie üblich, z. B. bis 1 Million täglich, wobei eine genaue Individualisierung natürlich nötig ist. Zur Ermöglichung der Behandlung mit großen Dosen hat das K. K. Radiuminstitut des allgemeinen Krankenhauses den Preis für die Radiumemanation erniedrigt.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

698. **Zur Radium-Emanationstherapie;** von Riehl. (Wien. klin. Woch. 1917. N. 15. S. 458.)

R. tritt für eine systematische Fortsetzung der Emanationstherapie ein. „Das diskreditierende Moment" erblickt er in der Unsicherheit der käuflichen Präparate. Es werden oft viel zu geringe Mengen Macheeinheiten verwendet, die dann natürlich kein Resultat ergeben. R. fordert staatliche Kontrolle aller Anstalten und Geschäfte, die Emanationspräparate liefern. Empfehlung von Umschlägen mit Emanationsflüssigkeit (200 000—300 000 Macheeinheiten) bei Gelenkserkrankungen, Ischias, Herpes zoster.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

699. **Ein Dermograph für Röntgenzwecke mit Schutzvorrichtung für den Untersucher (Stigmatograph);** von M. Levy-Dorn. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. S. 568. 1917.)

Beschreibung des praktischen und empfehlenswerten, dem Orthodiagraphen ähnlichen Hautschreibstiftes und der dazugehörigen Schutzvorrichtung. Außer Punkten lassen sich mit ihm auch leicht Striche und größere Umrisse unter Führung des Leuchtschirms auf die Haut übertragen.

Kautz (Hamburg-Eppendorf).

700. **Über die allgemeine Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen;** von G. Fromme. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 579. 1917.)

Fr. stellt zunächst die Literaturergebnisse zusammen, soweit sie sich auf die Wirkung der Strahlen auf die inneren Organe beziehen, sowie die Theorie der Radium- und Röntgenstrahlen. Sodann hat er eigene Bestrahlungsversuche an Fröschen, Axolotln, Meerschweinchen und Mäusen angestellt und schildert die histologischen Veränderungen der inneren Organe (Abbildungen) und die Allgemeinerscheinungen. Klien (Leipzig).

701. **Die röntgenographische und röntgenoskopische Anwendung der Rasterstereoskopie;** von A. Hasselwander. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. S. 581. 1917.)

Die Rasterstereoskopie ermöglicht die Gewinnung von stereoskopischen Röntgenogrammen ohne Plattenwechsel, einzeitigen Aufnahmen von Bruchteilen einer Sekunde, die Festhaltung von Momentbildern des Herzens, Magens, Darmes, Zwerchfells und anderer beweglicher Körperkomponenten im Stereoröntgenogramm. Dadurch werden gerade jene Schwierigkeiten erleichtert, welche bisher auf dem stereoskopischen Gebiete der Röntgenologie einen steten Fehlerfaktor ausmachten, der völlig eben niemals, auch nicht durch die sinnreichsten Anordnungen überwunden werden konnte. Auch der Weg zur Erreichung stereoskopischer Röntgen-Kinematographie wird durch die Methode gebahnt. Diese körperhaften Röntgenbilder sind auch der Ausmessung zugänglich und ermöglichen unter Umständen eine stereophotogrammetrische Rekonstruktion. Kautz (Hamburg).

702. **Die Behandlung des Erysipels mit Rotlichtbestrahlung;** von O. Müller. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 348.)

Bestrahlung mit roter elektrischer Birne in 1/2 bis 2 m Abstand, je nach Lichtstärke, am wirksamsten ist Hellrot mit einem Stich ins Gelbliche. Andere

Therapie unnötig. Fällt nicht in wenigen Tagen die Temperatur, so ist dies ein Zeichen, daß es zur Abszeßbildung kommen wird. Brauns (Dessau).

703. **Theoretische Bemerkungen zur Heliotherapie;** von H. L. Heusner. (D. med. Woch. 1917. S. 1105.)

Die Anschauung Kischs, daß bei den Bestrahlungen mit der Sonne oder unseren künstlichen Lichtquellen in erster Linie für die Erfolge die Wärmestrahlen in Betracht kommen, und die kurzwelligen Strahlen nur von geringerer Bedeutung sind, läßt sich nicht aufrechterhalten. Das Experiment an der pflanzlichen und tierischen Zelle zeigt, daß der rotgelbe Teil des Spektrums rein physikalisch die Gefäße erweitert und die Säfte rascher durch den Körper treibt, während die ultravioletten Strahlen eher einen physiologischen Reiz ausüben, indem sie die Zelle aufnahmefähiger für die Nahrungsstoffe machen und den Stoffwechsel anregen. Sieht man von der unmittelbaren, also Tiefenwirkung ab, so kommt es mehr auf die Allgemeinwirkung und außerdem auf geeignete Verbindung der verschiedenen Strahlenanteile an. Aus dem Verhalten der Hautfarbe verschiedener tropischer Völkerrassen läßt sich allgemein der Satz aufstellen, daß es ohne kurzwellige Strahlen keinen Sonnenbrand, und ohne Sonnenbrand kein Pigment gibt. Den besten therapeutischen Erfolg wird also stets die Strahlenquelle haben, die neben reichlichen Wärmestrahlen besonders viel ultraviolette Strahlen aussendet. Kautz (Hamburg).

704. **Die Behandlung der tropischen Ringwurmerkrankung mit künstlicher Höhensonne;** von O. Müller. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. H. 6. S. 101.)

Der Ringwurm gehört zu den Trichophytien und macht dem Herpes tonsurans ähnliche Hautaffektionen, die, an der Innenseite der Oberschenkel und dem Skrotum beginnend, sich allmählich über Bauch und Rücken ausbreiten. Die Erkrankung läßt die Haarfollikel frei und geht niemals in Ekzem über. Bei dem chronischen Leiden bewährte sich ausgezeichnet die Quarzlichtbehandlung. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

IX. Hygiene.

705. **Die Kriegsblindenfürsorge;** von Singer. (Therap. Monatsh. 1917. S. 62.)

Zusammenfassendes Referat über den heutigen Stand der Kriegsblindenfürsorge. Als Richtlinie der Berufsberatung muß gelten, daß der Kriegsblinde möglichst in seiner Heimat, in dem alten oder in einem ähnlichen Beruf so gründlich ausgebildet wird, daß er nicht an das Mitleid seines Arbeitgebers zu appellieren braucht. Daneben ist Ausbildung in der Blindenschrift (Braillesche Punktschrift) und womöglich auch in der Schreibmaschine notwendig. Die Ansiedlung auf dem Lande ist wünschenswert. Der Ankauf kleiner Rentengüter wird den Blinden durch die Kapitalabfindung ermöglicht. So bekommt ein 21jähriger Kriegsblinder bei Ablösung seiner Zulagen ein Kapital von 15318 Mark in die Hand. Köllner (Würzburg).

706. **Über Probleme der Ernährung im Kriege;** von W. Stepp. (Med. Klin. 1917.) S. 1233.)

Von der Lebensmittelknappheit wird nur etwa $^1/_6$—$^1/_7$ des deutschen Volkes, nämlich in den größeren Städten und in den Industriegegenden, betroffen. Mit den rationierten Lebensmitteln vermögen wir nicht ganz zwei Drittel unseres Nahrungsbedarfs zu decken. Das andere Drittel der Kalorien sollten uns die im freien Verkauf erhältlichen Nahrungsmittel liefern. In allen Fällen ist das wohl nicht möglich. Trotzdem besteht keine dauernde Unterernährung weiter Volkskreise, da sonst den Ärzten Fälle von Inanition in größerem Maßstabe zu Gesicht kommen müßten. Bei äußerster Einschränkung stehen genügend Nahrungsmittel zur Verfügung, so daß eigentlich niemand zu hungern brauchte. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Verteilung. Koenigsfeld (Freiburg).

707. **Über den Einfluß von Metallsalzen auf die Diastase in lebenden Pflanzenzellen;** von H. Langer. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1260.)

Lösungen von Kupfersulfat und Silbernitrat in sehr dünnen Konzentrationen üben auf die Diastase in lebenden Pflanzenzellen einen zerstörenden Einfluß aus, der sich in einer deutlichen Hemmung des Stärkeabbaus nachweisen läßt. Koenigsfeld (Freiburg).

708. **Über Kriegsmehl und Getreidepräparate, insbesondere über Malzextrakt;** von C. v. Noorden. (Ther. Monatsh. 1917. Nr. 8. S. 371.)

Kritik der vom Reichsgesundheitsamt durch G. Klemperer herausgegebenen Veröffentlichung über Verwendung von Kriegsmehle usw. Im allgemeinen erklärt sich v. N. mit den Anschauungen Klemperers einverstanden, findet aber eine Berücksichtigung der Klebergebäcke für notwendig, außerdem hätte er die Möglichkeit einer weiteren Herstellung von Malzsuppenpräparaten speziell für Kinder für erwünscht erachtet. v. N. wendet sich gegen das ablehnende Urteil Klemperers bezüglich des Wertes der Malzextrakte und erinnert an die diätetische Notwendigkeit, oft kalorienreiche Kost bei appetitlosen Kranken zuführen zu müssen, wobei gerade Malzextrakte kaum zu entbehren sind. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

709. **Über Nährhefe;** von Schrumpf. (D. med. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1170.)

Sch. empfiehlt „Hefe-Kraft-Extrakt", hergestellt von *Stock* in der Preßhefefabrik Bernstadt in Schlesien. Das Präparat schmeckt nicht nach Hefe, ist aber auch nicht als Nahrungsmittel im engeren Sinne aufzufassen; es enthält aber verdauliches Proteïn. Kadner (Dresden-Loschwitz).

710. **Aardappelzetmeel-beschuit, een middel ter versterking van ons koolhydraatrantsoen;** door E. C. van Leersum. (Nederl. Tijdschr. vor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 23. S. 2025.)

Eingehende Betrachtung über die Bedeutung der Kohlehydrate, besonders der Stärke und speziell des Kartoffelstärkemehls für die Ernährung. Mit Kohlehydraten erreicht man eine Herabsetzung des relativen Eiweißminimums. Es ist v. L. gelungen, aus

Kartoffelstärkemehl mit Hilfe eines Glutensurrogats, dessen Zusammenstellung er veröffentlichen wird, sobald Sicherheit besteht, daß das Produkt der Volksernährung zugute kommen wird, ein allen Anforderungen genügendes Gebäck in Form von Zwiebäcken zu bereiten. — 3 Abbildungen, 2 Tabellen und 1 Kurve. Lamers (Herzogenbusch).

711. **Über den Wert der Pilze als Nahrungsmittel;** von P. Schmidt, M. Klostermann und K. Scholta. (D. med. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1221.)

Die Verf. sind der — in der Arbeit gut motivierten — Ansicht, daß den Pilzen noch nicht die Beachtung geschenkt worden ist, die sie als Nahrungsquelle verdienen. Viele sogenannte Giftpilze sind ungiftig, viele Vergiftungen werden durch verdorbene Pilze verursacht. Man solle die Pilze, deren eßbare Arten in großen Mengen vorhanden sind, unter sachverständiger Aufsicht — Lehrer, Forstleute — sammeln lassen und Trockenanstalten zuführen. Was die Zubereitung betrifft, so sei das Schmoren in Fett für die Ausnutzbarkeit nicht vorteilhaft. Die Pilze seien feingepulvert, wie Gemüse mit Wasser gekocht, dann mit Fett versetzt als Suppe (Kartoffel-Pilz-Suppe) zu genießen. Das Pulver kann als Ersatz für Fleischextrakt benutzt werden.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

712. **Vermindering van lichaamsgewicht Bijdrage tot den voedingstoestand in den mobilisatietijd;** door G. P. Frets. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2 Hälfte. Nr. 21. S. 1880.)

Tabellen über den Körpergewichtsverlauf bei 103 chronischen Patientinnen einer Irrenanstalt, die alle die gewöhnliche Nahrung während der Mobilisationszeit bekamen, vom Juni 1915 bis Oktober 1917. In 1915 war bei 71 Patientinnen eine totale Gewichtszunahme von 109 kg, ein totaler Verlust von 31,8 kg, also ein Überwiegen der Gewichtszunahme von 77,5 kg. In 1916 hatte sich das Verhältnis schon umgekehrt: bei 91 Patientinnen war die Abnahme der sämtlichen Körpergewichte 117 kg größer wie die Gewichtszunahme. Und schließlich ist in den ersten 9 Monaten von 1917 für 103 Patientinnen die gesamte Gewichtsabnahme schon 390 kg, d. h. ungefähr 3,9 kg pro Person. Der Ernährungszustand der Anstaltsbevölkerung geht, wie aus diesen Tabellen hervorgeht, entschieden zurück. Und da die Nahrungsverhältnisse in der Anstalt sicher nicht schlechter sind wie die in den Volksklassen, läßt sich derselbe Schluß ziehen für die ärmere Bevölkerung.
Lamers (Herzogenbusch).

713. **Gegevens over den voedingstoestand der Amsterdamsche Schoolkinderen in Januari 1917;** door J. Lubsen Nzn. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 21. S. 1865.)

Weil ebenfalls im Januar 1916 Längen- und Gewichtsbestimmungen an denselben Schulen stattgefunden hatten, konnte N. Vergleichungen anstellen. Es wurden beide Male untersucht 3680 bzw. 5064 Volksschulkinder im Alter von 6—14 Jahren, die aus den Volksklassen stammen, in denen Unterernährung infolge der Zeitumstände sich am ersten merkbar machen müßte. Es wurden keine Unterschiede mit dem Vorjahre gefunden; weder bei Knaben, noch bei Mädchen zeigten mittlere Länge und Gewicht nennenswerte Veränderungen. N. hat nun weiter sein Material nach Wohlstandsklassen eingeteilt in allerärmste, arme und weniger arme Kinder. Aus den Tabellen geht nun hervor, daß innerhalb der Volksschulbevölkerung die Kinder länger sind, je nachdem ihr Wohlstand besser ist. Dasselbe ließ sich für die Gewichtsverhältnisse nicht feststellen. (Es wurde dabei das Körpergewicht im Verhältnis zur Körperlänge berücksichtigt.) In allen 3 Gruppen ließ sich eine Unterernährung infolge der Zeitumstände *nicht* feststellen; das Längenwachstum war bei allen gleich, die Gewichtszunahme wechselte von 1—3.5 kg, nur in 2 Fällen wurde Gewichtsstillstand und einmal Gewichtsabnahme nachgewiesen. — 7 Tabellen; ausführliche Literaturzusammenstellung im Text.
Lamers (Herzogenbusch).

714. **Hygienische Unterkleidung;** von F. Schacht. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. S. 108. 1917.)

Die verschiedenen Systeme der Unterkleidung werden aufgezählt und in ihrer Wirkungsweise charakterisiert. Sch. empfiehlt ein Gewebe, das oben aus Wolle und unten aus Seide besteht.
Koenigsfeld (Freiburg).

715. **Über die Bettwanze;** von Klingmüller. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1652.)

Zoologische Studie mit besonderer Berücksichtigung der Lebensverhältnisse und des Schmarotzertums. Interessant ist die Beobachtung, daß Wanzen Hunger gegenüber sehr widerstandsfähig sind; besonders junge noch nicht geschlechtsreife Tiere können über 200 Tage, ohne besonderen Schaden zu erleiden, hungern.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

716. **Die Bedeutung der Malaria für die Heimat;** von Th. Keller. (D. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1505.)

Es gibt viele Leute, die sich in Malariagegenden infiziert haben, ohne es zu wissen, weil sie nie einen Malariaanfall hatten. Die Infektion kann dann in der Heimat durch irgendeinen starken Reiz (Erkältung, Hitze, starkwirkende Medikamente, Überanstrengung, Ausschweifungen, psychische Erregungen, Verletzungen, Infektionskrankheiten, bei Frauen Menses) erweckt werden. Die Parasiten gewinnen gewissermaßen die Herrschaft über den schwachen Körper. *Besonders wichtig sind Malariaanfälle bei chirurgischen Eingriffen und Entbindungen, die eine beginnende Infektion vortäuschen können (Schüttelfrost).* Häufig ist das Zusammentreffen mit Typhus — insbesondere Malaria tropica, die bösartigste Form. Bei allen typhösen Krankheitsformen solle daher das Mikroskop zu Rate gezogen werden. Bei negativem Ausfall der mikroskopischen Untersuchung begnüge man sich nicht mit *einem* Präparat.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

C. Bücherbesprechungen.

54. **Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten;** von A. Strümpell. 20. verb. u. verm. Aufl Leipzig 1918. F. C. W. Vogel. 2 Bde 798 bzw. 927 S. mit 266 Abb. u. 12 Taf (Brosch. 27 Mk., geb. 34 Mk.)

Wenn ein Buch von der Bedeutung des vorliegenden die 20. Auflage in 34 Jahren erreicht, so erübrigt sich eigentlich eine Besprechung jeder Neuauflage. Weiß doch fast jeder Studierende und Arzt, welche Belehrungen und Anregungen er aus „dem Strümpell" empfangen. Wurde das Buch bereits bei seinem ersten Erscheinen, wie Str. im Vorwort betont, als „modernes" Lehrbuch von Ärzten und Studierenden freundlich aufgenommen, so darf es dieses freundlichen Empfanges an der Schwelle des 5. Kriegswinters ebenso sicher sein.

Die Einteilung und den Inhalt als bekannt voraussetzend, sei nur darauf hingewiesen, daß einzelne Kapitel eine dem Stande der modernen Wissenschaft entsprechende Umänderung erfahren haben, so insbesondere der Abschnitt „Infektionskrankheiten", in dem die neuerlichen Kriegserfahrungen nutzbar verwertet wurden. Ein besonderer Abschnitt über die wichtigsten Tropenkrankheiten (Maltafieber, wolhynisches Fieber, Pappataci- und Denguefieber, Gelbfieber, Leishmaniosis, Framboesie und Schlafkrankheit) zeugt ebenfalls davon, daß das Werk den neuesten Forschungen Rechnung getragen hat. Die Kapitel über Nierenkrankheiten, Krankheiten des Blutes und der blutbereitenden Organe wurden ebenfalls einer eingreifenden Neubearbeitung unterzogen. In allen Abschnitten ist der Stand der modernen Therapie wiedergegeben.

Möge diese Auflage wie ihre Vorgängerinnen in der medizinischen Welt die gebührende Würdigung finden, möge auch der Wunsch Str.s in Erfüllung gehen, daß die durch den Krieg zerrissenen Fäden, die uns früher mit der Wissenschaft des Auslandes verbanden, bald wieder — und besonders auf medizinischem Gebiet — angeknüpft werden!

Bachem (Bonn).

55. **Krieg und Geistesstörung;** von E. Stransky. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 77 S. (3 Mk.)

Das Werk ist unter Verwendung von recht viel Fremdwörtern vom Standpunkt der *angewandten Psychiatrie* geschrieben, von der sich Str. namentlich für die „psychische Hygiene und die psychische Eudämonie der deutschen Nation" Großes verspricht. Der 1. Abschnitt handelt *„von unseren gesünderen Nerven im Daseinskriege Mitteleuropas"*. Als einzigen Beweis führt er die Mitteilungen an, daß weit über die Hälfte der Kriegserkrankungen bei französischen Soldaten psychischer und nervöser Natur seien. In dem 2. Abschnitt: *„Zur Psychologie und Psychopathologie der kriegführenden Völker: etwas vom Deutschenhaß und seinen psychologischen Grundlagen, vom psychiatrischen Standpunkte her gesehen"* glaubt Str. (ein Deutsch-Östereicher) bei uns Deutschen als Ursache des Deutschenhasses „das neudeutsche Erziehungssystem mit seinem Prinzip der Zurückdämmung der natürlichen Affektivitätsäußerungen" anzusehen, das „darin gipfelt, schon frühzeitig in der Kinderstube und in der Schulzeit die Menschen dazu zu zwingen, die Verausgabung von Affektäußerungen im täglichen Leben, ja die Verankerung lebendiger Affektbeziehungen zum Alltagserleben, zu den Menschen und Dingen der wechselnden Alltagsumwelt überhaupt auf ein tunlichst geringes Maß herabzudrücken". Der nächste Abschnitt soll Beiträge liefern *„zur Massen-Psychopathologie der Kriegsausbruchszeit bei Freund und Feind; über die Legendenbildung"*. Die Gerüchte und Legenden, die „alsbald einen unphysikalischen, ungeheuerlichen, hysteroiden Charakter annehmen", sollen ihren Ursprung in dem Gemütszustand der depressiven Erregung finden. Der nächste Abschnitt schildert *„die Einzelseele und ihr inneres Erleben in den Jahren vor dem Kriege und um die Zeit des Kriegsausbruches"*. Die Zahl der Geistesgestörten war keine besonders hohe, weil Mitteleuropa sich seine „psychisch-nervöse Gesundheit" erhalten hatte und der „Kriegsbereitschaftskomplex in der Seele des Einzelnen wie in der Seele der Gesamtheit während der dem Kriegsausbruch vorausgegangenen Jahre allmählich reif geworden" war. Es folgen dann die Abschnitte: *„Der Krieg und die psychopathisch Veranlagten in Feld und Hinterland. Einiges aus eigenem und fremdem Erleben über die Seele des Kriegsteilnehmers an der Front. Der Krieg als Verursacher psychischer und nervöser Störungen"*, in denen Str. in der Hauptsache die auch sonst schon bekannten Ansichten zusammenstellt. Schmidt (Andernach).

56. **Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen;** von H. Oppenheim. Berlin 1918. S. Karger. 59 S. (2 Mk. 50 Pf.)

O. widerlegt mit klaren Worten die an seinen Lehren der traumatischen Neurose in der letzten Zeit geübte Kritik, die auf falschen Voraussetzungen und auf einer in den wichtigsten Punkten unrichtigen Wiedergabe seiner Ausführungen beruht.

Schmidt (Andernach).

57. **Meine Erfahrungen mit dem Carnesarm;** von M. Cohn. Berlin 1917. Coblentz. 141 S. m. 65 Abb. u. 13 Zeichn. (Geh. 7 Mk. 50 Pf., geb. 8 Mk. 75 Pf.)

C., welcher selbst im Beginn dieses Krieges den linken Vorderarm verlor, schildert in anschaulicher Weise unter Beifügung zahlreicher Abbildungen, wie der überaus sinnreich konstruierte Carnesarm die Hand bis zu einem gewissen Grade ersetzt. Alle Verrichtungen des täglichen Lebens führt er wie ein Zweihänder aus; in seiner Eigenschaft als Arzt macht er sogar kleine chirurgische Eingriffe.

Das anregend geschriebene Buch, dem eine technische Beschreibung der Prothese durch Ingenieur Thießen beigegeben ist, ist nicht nur für den Armamputierten eine sehr lehrreiche Lektüre, sondern auch der Arzt, der mit Prothesen zu tun hat, wird mit Nutzen das kleine Werk studieren.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

58. **Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes und ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe;** von B. Aschner. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 416 S. m. 42 Textabb. u. 12 farb. Taf. (26 Mk.)

Ein Werk, welches für lange Zeit Ausgangspunkt und Fundgrube für kommende Forschungen sein wird. Mit immensem Fleiß — das Literaturverzeichnis allein umfaßt beinahe 100 Seiten — und größter Sachkenntnis hat A., der bekanntlich selbst Forscher auf vorliegendem Gebiete ist, das gesamte bisherige

Material bearbeitet und unter zum Teil neue Gesichtspunkte eingereiht, unter Einflechtung seiner eigenen, des öfteren abweichenden Untersuchungen. Klärend und vereinfachend wirkt die Einführung des Konstitutionsbegriffs in die Betrachtung der innersekretorischen Störungen. Dadurch erst erhält manches Krankheitsbild seine richtige Stellung und Bedeutung. Manche innere Drüse, wie z. B. die Hypophysis, wird in ihrer Wertigkeit auf ein bescheideneres Maß herabgedrückt, andere erhöht, wie das Ovarium (z. B. betreffs Myombildung) und vor allem die Plazenta, deren Bedeutung als innere Drüse eingehend dargelegt wird. Auch therapeutische Winke sind allenthalben eingestreut. — Was die ausgezeichnet ausgeführten und ausgewählten Abbildungen anlangt, so ist zum ersten Male die sog. interstitielle Eierstocksdrüse bei Tier und Mensch in großen spezifisch gefärbten Übersichtsschnitten dargestellt, woraus hervorgeht, daß ihr beim erwachsenen Weibe so gut wie gar keine Bedeutung zukommt. Mancher Leser, auch vom Fach, wird wohl erst durch diese Bilder eine richtige Anschauung von dieser bislang etwas mysteriösen „Drüse" erhalten. Neu eingeführt wird auch als sozusagen Oberorgan das „Eingeweide- und Stoffwechselzentrum im Zwischenhirn", die Gegend des 3. Ventrikels, als hochbedeutsam für viele Vorgänge des vegetativen Lebens. Gerade dieses Organ scheint berufen, unsere bisherigen Anschauungen von der Bedeutung der Hypophyse, der Zirbeldrüse und auch der Gegend des 4. Ventrikels stark zu modifizieren.

Das Buch dürfte in keiner Fachbibliothek fehlen; es ergänzt und überholt zum Teil die bekannten Werke von Biedl, Falta u. a. — Bei einer Neuauflage wäre ein Sach-, vielleicht auch ein Autorenverzeichnis sehr wünschenswert. Klien (Leipzig).

59. **Anschauungstafeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit Begleitwort zu den Tafeln;** von H. Seebaum. Leipzig 1918. J. A. Barth.

Auf 12 großen Tafeln im Verhältnis von $99^1/_2 : 69^1/_2$ cm werden die Erreger von Tripper und Syphilis, sowie deren klinische Erscheinungen dargestellt: Augentripper, Primäraffekt der Syphilis an der Oberlippe, Ausschlag und Knötchenbildung der Syphilis auf dem Oberkörper, Spätsyphilis am Bein. Statistik, schematische Darstellung der männlichen Geschlechtsteile, schematische Darstellung der weiblichen Geschlechtsteile, weibliche Geschlechtsteile durch Tripper verändert, durch Syphilis hervorgerufene Durchlöcherung des Gaumens, Primäraffekt der Syphilis am männlichen Geschlechtsteil, Erbsyphilis, Kind mit greisenhaftem Gesicht folgen. Im ersten Teil des Textes wird ein Schema für die Belehrung Erwachsener über die Geschlechtskrankheiten gegeben. Es folgen Angaben über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, auf den bekannten Blaschkoschen Zahlen fußend. Im zweiten Teil werden Fingerzeige für die Belehrung Jugendlicher über die Geschlechtskrankheiten gegeben. Der Text bewegt sich im Rahmen der üblichen Ausführungen ohne irgendwelche Besonderheiten. Die Abbildungen sind durchaus drastisch, sie sollen ja für die große Menge leicht verständlich sein; trotzdem scheint uns dies und jenes nicht ganz glücklich in der Auswahl; z. B. die weiblichen Geschlechtsorgane durch Tripper verändert sind für den Laien wenig instruktiv; auch die Erbsyphilis ist mangelhaft dargestellt. Schließlich: Könnte man nicht bei aller Betonung der praktischen Gesichtspunkte ein wenig mehr Wert auf die Aufmachung legen? Auch das Künstlerische wirkt erziehlich. Riecke (Göttingen).

60. **Taschenlexikon für das klinische Laboratorium;** von K. Kloß und L. Hahn. Berlin u. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 194 S. m. 18 Textfig. (Brosch. 6 Mk. 60 Pf., geb. 8 Mk.)

Es darf als ein glücklicher Gedanke K.s u. H.s bezeichnet werden, dieses Büchlein zu schaffen. In alphabetischer Reihenfolge geordnet, enthält es in übersichtlicher Anordnung alle wichtigsten klinischen Proben, und zwar sowohl chemische Untersuchungsmethoden wie auch andere (bakteriologische, Viskositäts-, Magen-, Darm-, Leber- und Nierenfunktionsbestimmungen usw.). Den Anforderungen des klinischen Betriebes und den Bedürfnissen des praktischen Arztes trägt es in weitem Maße Rechnung, vor allem wird eine schnelle — und natürlich auch zuverlässige — Orientierung beim Gebrauch des Buches ermöglicht, da es das zeitraubende Nachschlagen in den Handbüchern der klinischen Untersuchungsmethoden, der Bakteriologie oder der physiologischen Chemie entbehrlich macht. In einem Anhange wird die Zusammensetzung der gebräuchlichsten Reagentien mitgeteilt, in einem anderen werden die wichtigsten Normalzahlen für Blut, Harn und Mageninhalt genannt.

Das Buch wird sicherlich in dem ihm zugedachten Kreise die gebührende Verbreitung finden.

Bachem (Bonn).

61. **Praktikum der medizinischen Chemie einschließlich der forensischen Nachweise für Mediziner und Chemiker;** von S. Fränkel. Berlin u. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 448 S. m. 38 Textabb. u. 2 Taf. (Brosch. 18 Mk., geb. 20 Mk. 50 Pf.)

Ein praktisch brauchbares Buch mit reichhaltigem Inhalt hat uns Fr. hier geliefert! Wie Fr. einleitend betont, ist es als Leitfaden für den praktischen Unterricht der Mediziner gedacht, die mehr als oberflächliche Kenntnisse in der reinen und angewandten medizinischen Chemie sich aneignen wollen. Von den Methoden sind vor allem die bewährtesten und die am leichtesten durchführbaren so beschrieben, daß sie der Mediziner oder der forensische Chemiker mit nicht allzu großen Hilfsmitteln im Laboratorium leicht ausführen kann. Auch als Hilfsmittel für den Unterricht dürfte sich das Fr.sche Buch bewähren.

Die einzelnen Kapitel enthalten die qualitative und quantitative Analyse anorganischer Verbindungen, Prüfung und Bestimmung der Elemente organischer Verbindungen, Untersuchung und Bestimmung der Fette und einzelner Lipoide, Reaktionen einiger einfacher organischer Verbindungen, Darstellung organischer Präparate (Fettkörper, Kohlehydrate, aromatische Körper), Harnstoff und Purine, Alkaloide, Darstellung tierischer Gifte, Eiweißspaltung und Spaltlinge, Cholin, Betaine, Eiweiß, Nukleoproteide und Nukleinsäuren, Cholesterin und Gallensäuren, Farbstoffe, Fermente, Mikrochemie in Geweben, Harnanalyse, Blut, Fäzes, Milch, Magensaft, Wasser, Luft, forensische Nachweise, Bereitung einzelner Reagentien. Bachem (Bonn).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS
JAHRBÜCHER
DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN
GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

85. JAHRGANG BAND 328 HEFT 6
DEZEMBER 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang Band 328 Dezember 1918

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Die Grippe-Epidemie im Sommer und Herbst 1918.

Im folgenden sollen die Ergebnisse einer Rundfrage veröffentlicht werden, welche die Statistik, Ätiologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie der Grippe zum Gegenstand haben. Mit Rücksicht auf die derzeitige Papierknappheit mußten die einzelnen Artikel möglichst kurz gefaßt werden.

Die eingelaufenen Beiträge gründen sich meist auf ein größeres Krankenmaterial (Klinik) und entstammen den verschiedensten Gegenden Deutschlands; sie dürften daher ein zuverlässiges Bild über das Auftreten der Krankheit geben.

Prof. Eduard Müller in Marburg:

I. **Zur Epidemiologie:** Juni bis Juli eine „Sommer-Epidemie" mit nur vereinzelten Influenza-Pneumonien, Ende September bis November eine schwere Pandemie mit größter Schnelligkeit der Ausbreitung, mit *viel stärkerer Massenerkrankung als 1889—91* (in einzelnen Dörfern der größte Teil der Einwohner befallen), sowie mit *auffälliger Häufung von therapeutisch undankbaren Grippe-Lungenentzündungen* von hoher, in einzelnen Herden erschreckender Sterblichkeit. Innerhalb der Herbstepidemie *auffällige herdförmige Gut- und Bösartigkeit der Fälle*, z. B. Grippe-Pneumonien, ja merkwürdige Neigung zur Empyementwickelung bei jedem erkrankten Familienmitglied (wohl weniger infolge Virulenzschwankungen des Erregers als gleichzeitiger Übertragung bestimmter Mischinfektionen von Person zu Person). Alle sagen: *1889/90 starben vorwiegend die schon zuvor kranken und die älteren Leute, jetzt aber mehr Jugendliche und zuvor Gesunde* (im wesentlichen wegen der jetzigen Häufung gefährlicher Miterkrankungen der tieferen Luftwege und des Lungengewebes selbst). — *Influenzabazillen* nur mitunter festgestellt (Zahl der positiven Fälle wächst allerdings mit technischer Sorgfalt und Frühuntersuchung der Kranken); das ursächlich bedeutsame *Virus*, vielleicht filtrierbar und *demjenigen der Masern ähnlich, noch ganz unbekannt,* aber Neigung dieses Virus zu klinisch bedeutsamer, ja für Schwere und Eigenart der Lungenerkrankung vielleicht ausschlaggebenden Mischinfektion mit Kokkenarten, insbesondere Streptokokken, auch Influenzabazillen, ähnlich der Symbiose des gleichfalls noch unbekannten Scharlacherregers mit Streptokokken.

Keine Prädisposition des männlichen oder weiblichen Geschlechts (zwar mehr Mädchen und Frauen befallen, als junge Männer; letztere aber im Felde!). Ausgesprochene *Prädisposition jedoch des jugendlichen Alters, besonders zu den schweren Verlaufsformen*, und *relative Verschonung des höheren Alters auch von den leichteren Spielarten des Leidens. Grippe-Pneumonien nur selten bei Leuten über 40 Jahren*, nach dem 5. Jahrzehnt nur eine Eigenbeobachtung.

Mortalitätszahlen ganz von der Art der ärztlichen Tätigkeit, nicht aber von der Therapie abhängig! In meiner poliklinischen Tätigkeit: die leichtesten Formen, daher keine Todesfälle; auf einer Schwerkrankenstation für Grippefälle unter 28 Grippe-Pneumonien 9mal Exitus, also über $^1/_3$ Sterblichkeit. In der konsultativen Privatpraxis fast nur schwerste, verzweifelte Fälle, daher nahezu $^3/_4$ Mortalität! Annähernd richtige Mortalitätszahlen selbst bei etwa eingeführter gesetzlicher Meldepflicht kaum erhältlich (Schwierigkeit der Abgrenzung der scheinbar ungemein zahlreichen abortiven Formen, vielfach auch in schwereren Fällen kein Arzt gerufen!).

Auf Entwickelung der Grippe-Pneumonien waren von Einfluß: die Infektionsquelle (gehäufte Grippe-Pneumonien in derselben Familie, im gleichen Ort), mangelhafte Schonung der Patienten, mitunter zweifellos Erkältungsschädlichkeiten, anscheinend auch langer Bahntransport von Soldaten in ungeheizten Wagen. Kein erheblicher Einfluß der *Kriegsernährung,* insbesondere nicht auf Schwere der Erkrankung. Oft starben robuste Bauernmädchen, kräftige noch sehr gut genährte Soldaten!

II. **Zur Klinik.** Anscheinend ganz kurze, knapp 1—2tägige *Inkubationszeit* ohne besondere Prodromalien. *Krankheitsbeginn,* auch in Form des „Blitzkatarrhes", unter den seit 1889/90 allgemein bekannten Erscheinungen. Bemerkenswert waren die entsetzliche Schlappheit, der oft quälende Kopfschmerz (Stirn — Augengegend), die vorwiegend trockene Rhinitis (Nasenbluten; vor Grippe-Pneumonien nur ausnahmsweise ein hartnäckiger Schnupfen mit starker Sekretion), die schmerzhafte Beinmüdigkeit, der quälende Husten, das gesteigerte Durstgefühl bei Anorexie (zunächst Trockenheit der Schleimhäute!). Erbrechen bei Erwachsenen selten, häufiger bei Kindern.

Höhestadium! Größte quantitative und qualitative Unterschiede, bald reines 1—3tägiges „Influenza-

fieber" ohne wesentliche örtliche Erscheinungen, bald typhös-septische Formen mit gelegentlich schwieriger, nur durch den epidemiologischen Gesichtspunkt erleichterter Differentialdiagnose, namentlich von paratyphösen Erkrankungen, ja *„foudroyante" Fälle bösartiger Influenzavergiftung* (nach Analogie der Masern- und Scharlachvergiftung) mit tödlichem Verlauf in kürzester Zeit ($^1/_2$—2 Tagen) unter dem klinischen Bilde einer schwersten Allgemeinintoxikation (auch grobe Störungen des Sensoriums, rasch einsetzender Vasomotorenparalyse, Exitus auch ohne grobe makroskopische Lungenveränderungen). *Relativ am häufigsten die respiratorischen Formen der Influenza,* bald als harmloser Katarrh der oberen Luftwege (hier gerne Mittelohrbeteiligung), bald Mitergriffensein der tieferen Luftwege (Bronchiolitis), bald die *gefürchtete tracheobronchitisch-pneumonische Form* mit stark eitriger, mitunter auch fibrinöser Entzündung des Bronchialbaums, den meist lobulären, konfluierenden Lungenherden und den doppelseitigen Unterlappenpneumonien.

Allgemeinbefund bei den schwereren Fällen („Grippe-Pneumonien", „Influenzavergiftung"): entsetzliche *Hinfälligkeit,* zunächst noch im Mißverhältnis zum Lokalbefund; dabei *Ächzen* und *Stöhnen,* besonders über den schmerzhaften, *quälenden Husten,* über das „Dämpfigsein" auf der Brust und den Lufthunger. *Fieber* nach plötzlichem Anstieg gerne kontinuierlich, mitunter bis anderthalb Woche und mehr, dann mehr lytischer Abfall. Krisen sind gewöhnlich Pseudokrisen; öfters eine Art *amphiboles Stadium;* noch längerdauernde subfebrile, ja erneute höhere Temperaturen sind Alarmsignale für Exsudat-, bzw. Empyementwickelung. *Haut:* keine besonderen Erytheme; einmal Ikterus bei Influenza-Pneumonie. — *Psyche:* schmerzhafte Unruhe des Kranken bis Erregungszustände, wie Verwirrtheit, Delirien, Benommenheit bis Koma, gelegentlich ein toxischer Stupor. Einmal günstig verlaufender *Status epilepticus* im Gefolge von Influenza-Pneumonie bei einem zuvor und auch nachher wieder von Epilepsie freien (schwerste allgemeine Konvulsionen mit Benommenheit und Zungenbiß).

Örtlicher Befund in Fällen mit schwererer Mitbeteiligung des Respirationsapparates. a) *Kopf:* nur gelegentlich *Herpes;* häufig die *ominöse blaß-bläuliche Gesichtsfarbe* mit auffälliger Lippenzyanose; Lippen oft rissig, sehr trocken. Zunge gleichfalls trocken, an den Rändern rot, in der Mitte gelbbräunlicher fester Belag; *Zunge oft mühsam, absatzweise herausgestreckt,* zeitweise mit *Wangenvibrieren,* wie bei Fleckfieber. Meist kein Foetor ex ore. Intensive *Rachenrötung* (oft auffällig schmerzhaft), meist ohne stärkere Schwellung und ohne Belag, ohne sicheres Exanthem. *Augen* druckempfindlich; leichterer Bindehautkatarrh (nur einmal subkonjunktivale Blutungen). *Rhinitis* meist trocken (s. oben). *Ohr* bei den von vornherein *tracheobronchitisch-pneumonischen* Formen selten beteiligt, jedenfalls weit weniger als bei Scharlach. *Öfters Schwerhörigkeit ohne besondere Mittelohrläsion, ähnlich wie beim Typhus.* Doppelseitige schwere *Parotitis* in einem Sektionsfall beobachtet. — *Hals:* matte Stimme, oft Heiserkeit, seltener Aphonie. Gewöhnlich *keine schmerzhaften Drüsenschwellungen,* auch nicht tiefe Nackendrüsen. *Kehlkopf:* Trachea gerne druckempfindlich; fast regelmäßig, auch pathologisch-anatomisch starke Tracheitis (anfänglich vorwiegend trocken, in Spätstadien auch *Glottisödem.* *Brust: oft auffällige, nicht kardiale Dyspnöe im Mißverhältnis zum positiven Befund, namentlich an den Respirationsorganen* (keine ausreichende Erklärung durch Schmerzhemmung der Atmung); Ursache liegt bald in der *klinischen Unterschätzung des pathologisch-anatomischen Lungenbefundee,* bald in der Schwere der allgemeinen Intoxikation. Schon infolge der Hinfälligkeit und der schmerzhaften Atemmuskulatur quälen der *Husten,* bald vorwiegend Reizhusten (oft tracheal), bald ungenügend produktiver Husten mit quantitativ geringen, zähschleimigem, auch geballt eitrigen, häufig sanguinolenten, jedoch selten typisch rostfarbenem Sputum. Reichliche Hämoptysen besonders in tödlichen Fällen beobachtet. *Pulmones:* die Zeichen schwerer diffuser Bronchial- und lobulären bzw. lobären Lungenbeteiligung: gerne doppelseitige Unterlappenpneumonien, links oft stärker mit Mitbeteiligung der Lingula und der unteren Teile des Oberlappens, rechts Mittellappen auffällig verschont. Als Zeichen der Bronchitis und Bronchiolitis: ein „unterdrücktes" Vesikuläratmen, ein Giemen und Brummen, oft ähnlich wie beim asthmatischen Anfall, selbst akute Lungenblähungen; Rasselgeräusche. Relativ häufig *Empyementwickelung,* hierbei wiederholt Streptokokkennachweis; auch seröse und hämorrhagische Exsudate. Im *Röntgenbild* bei vorwiegender Beteiligung der feineren Luftröhrenäste und des Lungengewebes selbst, namentlich bei verzögerter Resolution der Herde, *naheliegende Verwechslung mit Tuberkulose* (wiederholt Fehldiagnosen im Lazarett). Sogar auf dem Sektionstisch Unterscheidung zwischen Tuberkulose und Influenza makroskopisch mitunter sehr schwierig! Ein Hauptunterschied von der lobären Pneumokokkenpneumonie: die frühzeitige und schwere diffuse Beteiligung des Bronchialbaumes. *Herz:* Pulszahl im Verhältnis zur Temperatur während des Höhestadiums verschieden; relativ häufig allerdings Fälle mit auffällig geringer Beschleunigung trotz hohen Fiebers (typhöses Verhalten); andererseits bei zuvor herzgesunden Erwachsenen gelegentlich von vornherein starke Tachykardie, auch trotz späteren günstigen Ausganges. Eigenartig bei schweren Grippefällen mit Lungenbeteiligung die *frühzeitige Pulsentspannung. Blutdruck* ganz niedrig, oft wie schwere Fleckfieber. Keine Endokarditis, nur selten wesentliche Dilatationen und klinische Zeichen von Myokarditis, wiederholt Perikarditis, auch eitrige. *Bauch:* kein wesentlicher Meteorismus; in schweren Fällen gerne Durchfälle (toxische). Mitunter gleichzeitige, ja vorherrschende *„gastrointestinale Influenza",* besonders mit Dickdarmbeteiligung (schleimige, blutige Stühle, in meinen Fällen jedoch ohne wesentlichen Tenesmus). *Milz* nur selten palpabel. Nieren: in Eigenbeobachtungen niemals ernstere Störungen, gewöhnlich nur leichtere, febrile Albuminurien. Nur gelegentlich Urobilinogenurie; bei mehreren zuvor Nierenkranken keine längerdauernde Verschlechterung durch schwere Grippen. —

Häufig Beeinflussung der *Menstruation;* bald Ausbleiben, bald zu frühes, erneutes Einsetzen, zu lange Dauer. *Extremitäten:* niemals Schenkelvenenthrombosen; *Sehnenreflexe* im Höhestadium meist schwach. Häufig *auffällige Druckempfindlichkeit der Wadenmuskulatur,* selbst *diffuse Überempfindlichkeit der Haut* (wohl meningeales Reizsymptom; daher oft besondere Schmerzempfindlichkeit bei Einspritzungen!). Nur einmal *ganz vorherrschende Meningitis serosa* mit reichlich klarem Liquor und hohem Druck; Punktat auch bakteriologisch von Influenzabazillen frei. Das *klinische* Bild einer Enzephalitis niemals selbst beobachtet. *Blutbild:* etwaige *Leukopenie* spricht *für, Leukozytose* (Mischinfektion, Komplikation) *nicht gegen* Influenza.

Wichtig für die Prognose der schweren respiratorischen Formen: ungünstig die ominöse blaß-bläuliche Gesichtsfarbe, schwere diffuse Tracheobronchitis, auffällige Trockenheit der Zunge, Kühle der Extremitäten, besonders aber das Pulsverhalten; rasche Abnahme der Spannung, Entwickelung des bekannten „Totenkreuzes" auf der Kurve. Oft Überraschungen nach beiden Richtungen bei der Prognosenstellung!

Rekonvaleszenz nicht selten durch Spätentwicke-

lung von Empyemen gestört (noch etwa 14 Tage nach scheinbarem Fieberabfall sorgfältige Mastdarmmessungen erforderlich!). Häufig auffällig schwere Erholung, genau wie bei Pappatazifieber: u. a. mangelnde Energie zur Arbeit, schlechte Stimmung, Mattigkeitsgefühl, Extremitätenmüdigkeit, Neigung zum Schwitzen und Reizhusten, so daß oft an sekundäre Tuberkulose gedacht wird. *Resolution der Lungenherde* fast unberechenbar, bald wider Erwarten rasch, bald auffällig spät. Nur einmal sichere „Aktivierung" von Tuberkulose selbst beobachtet. — Durchschnittliche *Krankheitsdauer* wegen der unscharfen Abgrenzung des Rekonvaleszenzstadiums schwer bestimmbar; Höhestadium der Grippe-Pneumonie dauerte durchschnittlich etwa eine Woche, bei Exsudat- bzw. Empyementwickelung oft viel länger.

Die frühere militär-ärztliche Forderung, daß die Diagnose-Influenza nur beim Nachweis der Influenzabazillen gestellt werden darf, ist wissenschaftlich unbegründet und praktisch undurchführbar. Der Influenzabazillus ist nicht spezifisch für die Grippe (Vorkommen u. a. bei Keuchhusten); er findet sich nur in einem Teil der Grippefälle und seine ätiologische Bedeutung für die Grippe ist noch durchaus unsicher, ja unwahrscheinlich. Vorläufig müssen wir die *Diagnose von epidemiologischen und klinischen Gesichtspunkten aus* stellen. Infolge des Fehlens eines bakteriologisch - serologischen Influenzanachweises und infolge der symptomatologischen Gleichheit der meisten Influenzaformen mit akuten gutartigen Infektionen anderer Art (andersartigen sog. Erkältungskrankheiten) ist die *Frage der Immunität* mit Sicherheit kaum zu entscheiden. Zweimalige Erkrankung an schwerer Grippe mit typischer Beteiligung der Luftwege und des Lungengewebes habe ich niemals beobachtet, häufiger jedoch wiederholte Erkrankungen in diesem Jahre an grippeähnlichen Symptomen. *Differentialdiagnostische Schwierigkeiten* ergaben sich u. a. mit reinen Pneumokokken-Pneumonien, bei den septisch-typhösen Grippeformen mit paratyphösen Erkrankungen, bei hartnäckiger Lungenbeteiligung auch mit Tuberkulose. — Bei einem Patienten mit paroxysmaler Tachykardie wurde durch eine an sich leichte Grippe eine tödliche Herzattacke mit etwa 200 Pulsen ausgelöst (Sektion verboten), bei zwei schon im Kindesalter asthmatischen Soldaten typische Anfälle von Asthma bronchiale.

III. **Vorbeugung und Behandlung:** Anzustreben die *Anzeigepflicht,* zumindest für Todesfälle. Unerläßlich der *Isolierungsversuch* von Grippekranken und Grippeverdächtigen (der „Huster" im Krankenhaus). Zahlreiche *Hausinfektionen* — leider mit einigen Todesfällen — im Lazarett beobachtet. Belehrung, namentlich der jüngeren Ärzte und des Personals über den *Selbstschutz.* Cave Anhusten, Anhauchen, Anniesen! *Für den Arzt:* Phonendoskop mit langen Schläuchen hier besser als Stethoskop. Bei Auskultation mit Hörrohr Atem anhalten, ja ganz langsam ausatmen; möglichst große Gesichtsdistanz von Arzt zu Patient, auch beim Perkutieren. Soweit möglich auch, bei der Pflege das Gesicht abwenden, z. B. am Kopfende stehen mit gleichgerichtetem Gesicht von Patient und Arzt, bzw. Pflegerin; eventuell noch verständige Patienten bei Annäherung von Arzt und Pflegerin an den Mund zur Unterdrückung des Hustens ermahnen. Mund und Nase des hustenden Kranken vorübergehend mit sterilem Tuch (Mull u. dgl.) abdecken. Keine eigenen epidemiologischen Erfahrungen über indirekte Grippeübertragungen, z. B. durch infizierte Gegenstände; Virus anscheinend außerhalb des Körpers rasch absterbend. Über die Wirkung prophylaktischer Urotropindarreichung kein sicheres Urteil. — Bei der *Allgemeinbehandlung: Vermeidung längeren, insbesondere schwierigen Krankentransportes, strenge lange Bettruhe,* Lippen- und Zungenpflege. *Medikamentöse Therapie m. Erm. sehr undankbar!* Gelegentlicher Nutzen der Antipyretika; wir selbst reichen gerne ein Mischpulver von Aspirin 0,5, Phenazetin 0,25, Coff. natr.-salicyl. 0,1, Codëin. phosphor. 0,01. Bei den schwereren respiratorischen Formen bringen Herzmittel vielfach gar keinen, oft nur ganz flüchtigen Nutzen. Versucht wurden neben Digitalispräparaten subkutan Strychnin, Suprarenin, Coffëin, Strophantin; relativ am besten noch Kampfer. Auch subkutane *Arseninjektionen* (Solarson) ohne sicheren Nutzen. Gegen schmerzhafte Unruhe, quälenden Husten, Schlaflosigkeit, Schmerzen am besten *Morphium.* Schwerpunkt der Behandlung liegt auch bei bedenklicher Grippe hauptsächlich in der sorgsamen Pflege durch geschultes Personal! — *Gute Erfolge der schonenden Punktionsbehandlung von Empyemen;* von Vorteil schon der Fortfall des Transportes auf eine chirurgische Station bzw. zur chirurgischen Klinik. Mitunter — bei bereits gebessertem Allgemeinbefinden — nachträgliche Thorakotomien nach vorangehender Punktionsbehandlung erforderlich. Bei späterer Eindickung des Empyems trügerische negative Punktionsergebnisse (event. Probethorakotomien). Womöglich Röntgenkontrolle bei Empyemverdacht (interlobäre Eiterungen u. dgl.).

Weitere Einzelheiten in dem Referat über meinen Vortrag: „Zur Klinik der Influenza" im Marburger ärztl. Verein (Nov. 18; Münchn. med. Woch. 1819).

Prof. Dr. Umber, Städtisches Krankenhaus Charlottenburg-Westend:

Ich fasse hier 550 klinische Beobachtungen meiner Abteilung vom 1. Oktober bis 15. November d. Js. zusammen. Numerisch überwiegen die Frauen, sowie das 3. Lebensdezennium. Weder Greise, noch Kinder und Säuglinge werden verschont.

Ich unterscheide 2 Stadien bei den Grippe-Erkrankungen:

1. *Der eigentliche, primäre Grippeinfekt* (durch unbekanntes, höchst kontagiöses Virus). Infektiöstoxische Allgemeinerscheinungen: Zerschlagenheit, Muskel- und Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, ein bis mehrere Tage dauerndes, lytisch abfallendes Fieber, zuweilen mit Schüttelfrost im Beginn, häufig Milzschwellungen! Dabei katarrhalische Erkrankungen der oberen Luftwege (Pharyngitis, schmerzhafte Tracheitis, Bronchitis, Rhinitis mit Beteiligung der Nebenhöhlen, Tonsillitis, Laryngitis, Konjunktivitis), häufig gastrointestinale Begleiterscheinungen: Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfälle. Auffällig häufig sind initiale Blutungen: In 33 Fällen heftiges, zum Teil schwer stillbares Nasenbluten, in 13 Fällen profusere Menorrhagien, die in einzelnen Fällen bis zu 14 Tagen dauerten. In der Mehrzahl der Fälle blutiger Auswurf. Mehrere Fälle wurden als „Hämoptöe" eingeliefert und entpuppten sich als Grippe.

18mal beobachteten wir Herpes nasalis bzw. labialis, 1mal Herpes gangraenosus beim Kinde.

In unkomplizierten Fällen klingt dieser primäre Grippeninfekt mit absinkendem Fieber ab und die Genesung tritt ein, oft mit lange nachdauerndem Erschöpfungsgefühle. Bradykardie, Dichrotie in der Fieberperiode und in der ersten Rekonvaleszenz häufig. Dieser primäre Grippeninfekt, der nur ausnahmsweise, und zwar toxisch zum Tode führt, disponiert in hohem Maße zum

2. *Sekundärinfekt,* der durch Streptokokken, Staphylokokken, Diplokokken und in ganz vereinzelten Fällen durch Influenzabazillen hervorgerufen wird, relativ häufig am 5. Tage der Erkrankung, zuweilen auch später. So entwickeln sich die schweren Komplikationen, vor allem die Bronchopneumonien. In unseren 550 Fällen beobachteten wir 270 Bronchopneumonien, von denen 100, also 37% starben. Die Mortalität unserer eingelieferten

Grippefälle überhaupt betrug demnach 18%. Am deletärsten verliefen die Streptokokkenpneumonien: *bei 7 derartigen Fällen konnten wir aus dem Venenblut Streptokokken* züchten, einmal kombiniert mit Staphylokokken. Also nachweislich *Streptokokkensepsis!* 4 von diesen 7 Fällen genasen! bei 33 schweren Bronchopneumonien erwies sich das Venenblut als steril, wenn auch im Sputum reichlich Streptokokken vorhanden waren.

Wenn auch nicht immer Streptokokken im Blut gefunden werden können, so entwickeln sich doch häufig septische Krankheitsbilder: Septische Milzschwellung, Roseolen (3mal beobachtet, 1mal petechial), Meningoenzephalitis (3mal), Myelitis spinalis mit spinalen Lähmungen (2 Fälle), Cholangitis infectiosa mit Ikterus (in 7 Fällen), Endocarditis mitralis mit frischen verrukösen, streptokokkenhaltigen Auflagerungen an den Klappenrändern (2 Fälle), Rheumatoide (8 Fälle). In einem dieser Fälle fanden sich post mortem Streptokokken in der entzündlichen Synovialschleimhaut des erkrankten Kniegelenks.

Die Gehörstörungen, die sich sowohl an das primäre als an das sekundäre Stadium anschließen können, haben oft keine anatomisch erkennbare Ursache. Unter 11 derartigen Fällen sahen wir 4mal Otitis media.

Die Bronchopneumonien führten häufig zu Pleuritiden und Pleuraergüssen, von denen 25 zu Streptokokken-Empyemen wurden. Alle 25 Empyeme ließen wir *frühzeitig* operieren, nur 5 starben!

Alte längst latente Endokarditiden flackern wieder auf (2 Fälle), 2mal entstand eine Perikarditis durch Fortleitung von der Pleura her. 2 Fälle von sekundärer Streptokokkensepsis führten zu Erysipelas faciei, 1mal mit doppelseitiger abszedierender Parotitis.

Daß bei so schweren Infekten auch der Herzmuskel sowie die Gefäße geschädigt werden und Kreislaufschwäche schließlich neben der Atemnot durch respiratorische Beschränkung das klinische Bild beherrscht und die Therapie bestimmt, ist begreiflich. Auffallend ist die fast in allen schweren und schwereren Fällen hervortretende *Bradykardie,* die mit der hohen Febris continua kontrastiert. Solche Kurven sehen aus wie Typhuskurven! Mit der — meist lytischen — Entfieberung sinkt die Pulszahl in der Regel für mehrere Tage, in einzelnen Fällen bis auf 36—40 in der Minute. Die häufig nachweisbare *Leukopenie* sowie Roseolen befördern unter Umständen noch die Verwechslung mit Typhus.

Die Nieren weisen in der Mehrzahl der Fälle — wie bei anderen schwer fieberhaften Infektionen — leicht epitheliale Schädigungen auf: Leichtere Albuminurien, meist ohne Formbestandteile, zuweilen auch mit vereinzelten Zylindern und Leukozyten. Seltener rote Blutkörperchen oder gar Hämaturien als Ausdruck der Gefäßschädigungen der Nieren. Einmal sah ich eine gutartige Glomerulonephritis, 2mal einen frischen Nachschub vorher bestehender abklingender Glomerulonephritiden.

Akute psychische Störungen sind in 7 Fällen von uns beobachtet (akute Verwirrtheit, paranoide Erregungszustände).

Als auffallende Beobachtung hebe ich besonders hervor, daß wir nur 1mal auf dem Leichentisch (Prof. Versé) Komplikation von Grippepneumonien mit Lungentuberkulose beim Erwachsenen sahen, und daß wir nur bei 5 unserer sämtlichen 550 Grippekranken Tuberkelbazillen im Sputum fanden. Als ob die Tuberkulösen eine größere Immunität gegenüber der Grippe besäßen als die Nichttuberkulösen!

Gravide Frauen sind besonders gefährdet: Von 22 Schwangeren starben 12. 6 davon nach voraufgegangenem Abort, nur 6 Frauen genaßen unter Erhaltung der Schwangerschaft.

Einmaliges Überstehen der Grippe gewährt einen gewissen Schutz gegen spätere Grippeerkrankung. Keinen absoluten! Ich habe wiederholt Fälle gesehen, die bereits bei der Vorepidemie im Juli erkrankt waren, sowie wiederholte Erkrankungen bei derselben Epidemie.

Die *Therapie* ist dürftig. Beim Primärinfekt: Diaphorese, reichliches Trinken, Salipyrin, Aspirin, Diplosal u. dgl. 3—4 g pro die.

Bei den Sekundärerkrankungen: Stützung des Kreislaufs mittels geeigneter Digitalisgaben, kombiniert mit Koffein, bei nicht Digitalisierten Strophantingaben intravenös, eventuell Kampfer-, Koffein- und Adrenalininjektionen.

In solchen Fällen, in denen es sich um Streptokokkeninfekte mit toxämischen Allgemeinerscheinungen handelt, können intravenös Streptokokkenserumgaben an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen je 40 ccm unter Umständen nützlich sein. Eine treffsichere Medikation ist das aber nicht, ebensowenig als intravenöse Silberapplikationen (Fulmargin, Dispargen usw.).

Streptokokken-Empyeme möglichst *frühzeitig* resezieren! So haben wir, wie erwähnt, von 25 Fällen nur 5 verloren, im Gegensatz zu Citron[1]), der alle seine Fälle von eitriger Rippenfellentzündung trotz Resektion verloren hat. Ich stimme also in meinen Erfahrungen hierin völlig mit denen der Leipziger Klinik (Rolly[2])) überein.

Unser Krankenhausmaterial — das naturgemäß eine Auslese von schwereren und schwersten Fällen darstellt — gibt kein richtiges Bild von dem durchschnittlichen Charakter der Epidemie. Wohl aber Beobachtungen an einer einheitlichen Gruppe von ausgewählt gesunden Frauen im besten Alter, wie wir sie in unserer Westender Schwesternschaft besitzen. Trotzdem sie beruflich auf unseren grippedurchseuchten Abteilungen als besonders gefährdet betrachtet werden mußten, erkrankten im Zeitraum vom 1. Okt. bis 15. Nov. von 220 im Hause tätigen Schwestern nur 75. 17 davon hatten Pneumonien, denen leider 3 zum Opfer fielen (also nur 4% Mortalität der Erkrankung!).

Priv.-Doz. Dr. Grote in Halle (Medizin. Klinik):

1. *Alter und Geschlecht der Befallenen.*

Nach den Erfahrungen der Klinik handelt es sich im wesentlichen um Menschen zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr. Ältere als 50jährige Kranke sind nicht zur Beobachtung gekommen. Auch in ganz jugendlichem Alter scheint die Grippeerkrankung seltener zu sein. Kinder von 6—12 Jahren werden immerhin nicht selten befallen, doch verläuft die Krankheit hier zumeist leicht. Das männliche Geschlecht ist nach unseren Erfahrungen um etwa 30% mehr beteiligt als das weibliche, was aber keine generelle Bedeutung für die Epidemie an sich haben kann. Betont werden muß, daß unter den befallenen Personen meistens auffallend kräftige Menschen waren, und daß uns nicht durch eine vorübergehende oder begleitende andersartige Erkrankung (Tuberkulose usw.) eine besondere Disposition zur Erkrankung an Grippe gegeben erscheint. Es ist bei den Nosokomialinfektionen auch nicht aufgefallen, daß gerade diese Fälle besonders schwer verlaufen, vielmehr betrafen die schwersten und schnell tödlichen Fälle nicht selten sehr kräftige Männer aus vollster Gesundheit heraus.

2. *Symptome und Verlauf.*

Wir unterscheiden:

1. eine katarrhalische Form,
2. eine pneumonische Form,
3. eine toxische oder zerebrale Form.

[1]) Citron, Berl. klin. Woch. 1918. Nr. 33.
[2]) Rolly, Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Oktoberheft 1918.

Eine weitere Differenzierung der Verlaufsform erscheint uns nach unseren Erfahrungen nicht notwendig. Die Symptome, die von anderen Seiten als charakteristisch genug für eine besondere Form angesehen werden können (rheumatische und gastrointestinale Erscheinungen) sind bei den Fällen unserer Beobachtung nur als Begleitsymptome der 3 genannten Formen aufgetreten.

1. *Die katarrhalische Form:* Beginn plötzlich, oft mit einem Schüttelfrost und schnellem Anstieg der Temperatur bis auf 40° und mehr. Sofort starke allgemeine Abgeschlagenheit. Innerhalb weniger Stunden ausgeprägte katarrhalische Erscheinungen, besonders zuerst an den Konjunktiven, dann an der Schleimhaut der Rachenorgane, dann an Kehlkopf und Trachea. Es kommt zu Tränenträufeln, Schluckbeschwerden und Husten. Die Erscheinungen an der Schleimhaut des Rachens sind sehr charakteristisch. Der freie Rand des weichen Gaumens rötet sich intensiv in verhältnismäßig schmaler Zone. Die Rötung setzt sich scharf gegen den freibleibenden harten Gaumen ab. Die Tonsillen sind gerötet, nicht vergrößert. Der Husten ist trocken, von keinem oder nur sehr minimalem Auswurf begleitet. Daneben besteht meist Kopfschmerz und nicht selten Gliederreißen. In einzelnen Fällen war eine besondere Druckempfindlichkeit der ersten Trigeminusäste festzustellen. Dieser Zustand hält sich etwa 4—5 Tage auf seiner Höhe, währenddessen schwankt das Fieber zwischen 38,5° und 40° remittierend, um meist lytisch im Verlaufe von 2 Tagen zur Norm abzufallen. Selten kommt es bei dieser Form zu einfachen, nicht sehr zahlreichen Durchfällen ohne kolitische Erscheinungen.

2. *Die pneumonische Form:* Sie beginnt wie die katarrhalische und geht aus ihr hervor. Sie kennzeichnet sich dadurch, daß mehr oder weniger schnell, meist am 3. bis 6. Tage der Erkrankung, gewöhnlich im Unterlappen einer Lunge sich bronchopneumonische Herde bilden, die sich klinisch durch vermehrten Auswurf und eine oft sehr hochgradige Atmungsbeschleunigung kennzeichnen. In ungefähr der Hälfte der Fälle bleibt die Erkrankung auf eine Seite der Lunge beschränkt, in der anderen Hälfte ist sie doppelseitig; die doppelseitigen Erkrankungen entstehen meist gleichzeitig. Perkussorisch verstärkt sich die anfänglich nur leichte tympanitische Schallverkürzung zu einem oft erstaunlich massiven Dämpfungsgrad, ohne daß Exsudate vorliegen müssen. Das Sputum ist in frischen Fällen sehr häufig stark sanguinolent; mehrfach wurde eine echte Hämoptöe beobachtet. Zieht sich die Erkrankung hin, so wird es rein eitrig und kann äußerlich dem münzenförmigen Sputum der Phthise zum Verwechseln ähnlich sehen. Das Fieber ist immer hoch, meist um 40°, und hält sich bei den unkomplizierten Bronchopneumonien, auch den doppelseitigen, etwa 8 bis 12 Tage auf seiner Höhe, dann erfolgt in der Mehrzahl der Fälle ein lytischer Abfall, der sich über 3 Tage hinzieht. Die physikalischen Erscheinungen der Verdichtung der Lunge überdauern jedoch oft um eine erhebliche Zeit die Entfieberung. Wir haben Lungeninfiltrationen bis zu 4 Wochen nach der Entfieberung nachweisen können. Die pneumonische Form wird kompliziert einmal durch Durchfälle. Wir fanden diese Durchfälle in fast allen Fällen von Pneumonie. Sie bestehen in dünnbreiigen, braunen, oft rein wässerigen, ziemlich häufigen Darmentleerungen, bis zu 15 Stühlen am Tage. Kolitischen Erscheinungen mit, wie die Sektion ergab, tiefgreifender ulzerativer Veränderung der Dickdarmschleimhaut sind wir nur einmal begegnet. Die Durchfälle erscheinen etwa gleichzeitig mit der Pneumonie und sind nur von kurzer Dauer, gewöhnlich nicht länger als 3—4 Tage. Erbrechen ist niemals beobachtet worden. Zweitens sind die Pneumonien kompliziert durch zerebrale Symptome. Auf der Höhe der Krankheit finden wir in 50% der Fälle Störungen des Sensoriums, die sich von leichter Somnolenz bis zu furibunden Delirien steigern können. Vielfach zeichnen sich diese Delirien durch starken Bewegungsdrang, lautes Phantasieren, Halluzinationen usw. aus. Sie steigern sich in schweren Fällen, bis kurz ante exitum ein Koma eintritt. Die dritte Komplikation der Pneumonie, die wir in mehr als der Hälfte der Fälle gesehen haben, bildet die exsudative Pleuritis. Sie ist meist einseitig und tritt sehr häufig schon am 2. und 3. Erkrankungstage, selten dagegen später oder erst nach der Entfieberung auf. Das Exsudat ist trüb-serös, oft von kleinen Fibrinflocken durchsetzt, lehmwasserfarbig. Von vornherein eitrige Exsudate sind selten, dagegen können zunächst serös-eitrige nach längerem Bestehen in rein eitrige übergehen. In dem Exsudat fanden wir jedesmal kulturell Streptokokken. Die meisten dieser Exsudate erforderten eine mechanische Entleerung. In einzelnen Fällen ist spontane, und zwar schnelle Resorption beobachtet.

3. *Die toxische oder zerebrale Form* ist selten. Ihr Beginn ist ebenfalls plötzlich und zeichnet sich durch verhältnismäßig geringe Fiebergrade und geringes Auftreten der katarrhalischen Erscheinungen aus, dagegen überwiegen zerebrale Störungen, die bei einigen Fällen sich in einer sich allmählich zum Sopor steigernden Schlafsucht äußern. Diese Fälle verlaufen nach etwa 8tägiger Dauer meist günstig. Die inneren Organe bleiben unbeteiligt. In anderen Fällen dagegen traten Erscheinungen höchst gesteigerter Erregbarkeit des Zentralnervensystems auf. Wir sahen einen Fall, der plötzlich unter meningitischen Erscheinungen erkrankte, bei dem sich ein Zustand vollkommener Tobsucht innerhalb kurzer Zeit entwickelte, der 2 Tage anhielt, dann in ein lethargisches Stadium überging. Der Kranke genas.

4. *Der Ausgang* ist bei der katarrhalischen Form absolut günstig, bei der rein pneumonischen Form sind Todesfälle nicht selten; wir schätzen sie bei unserem Material auf 10—15%. Komplikationen durch exsudative Pleuritis (Lehmwasser oder Eiter) bieten eine ernste Prognose. Nach dem Krankenhausmaterial, das aber selbstverständlicherweise keinen Maßstab für die generellen Verhältnisse und Epidemien abgeben kann, müssen wir die Mortalität auf etwa 30—40% schätzen.

Therapie:

Ein spezifisches Mittel kennen wir nicht. Bei der katarrhalischen Form sind große Dosen von Expektorantien und Salizylpräparate angezeigt. Bei der pneumonischen Form hat sich in letzter Zeit die frühzeitige Anwendung großer Dosen von Antistreptokokkenserum bewährt [1]). Namentlich scheint diese Behandlung das Weiterfortschreiten des Prozesses bei beginnender Pneumonie zu hindern. Ausgebildete pneumonische Prozesse werden hierdurch nicht beeinflußt, ebensowenig ausgebildete Exsudate. Herztonika (besonders Strophanthus) sind gegebenenfalls reichlich zu verwenden.

Geh. Rat. Prof. Dr. A. Hoffmann in Düsseldorf:

In der Sommerepidemie, die vom 10. Juli bis 15. August dauerte, wurden 54 Grippefälle aufgenommen, darunter 39 Pneumonien, von denen 22 starben. Der klinische Verlauf und die Obduktionsbefunde waren die üblichen, wie sie in zahlreichen Publikationen von anderen Seiten über diese Epidemie mitgeteilt wurden. Vom 5. Oktober bis 19. November wurden 387 Fälle von Influenza aufgenommen, bis 1. November 317. In 150 Fällen mußte die Diagnose einer lobulären oder lobären Pneumonie gestellt werden. Die lobären Pneumonien machten wie auch bei den Autopsien klinisch etwa $^1/_3$ dieser

[1]) Vgl. Grote: D. med. Woch. 1918. Nr. 50.

Fälle aus. Die übrigen litten an Influenza ohne Pneumonie, und zwar überwog bei ihnen Bronchitis und Tracheitis. Ganz leichte Fälle wurden nicht aufgenommen. Gastrointestinale Symptome kamen als Komplikation der Bronchitis relativ häufig vor, für sich allein jedoch niemals; nervöse Symptome als Begleiterscheinung des Fiebers zeigten sich häufig sehr oft Delirien. Rheumatische Formen, wenn man absieht von den initialen Rückenschmerzen, nur wenige. Wertvoll erwies sich die Röntgendiagnose für die Pneumonien. So wurden in zahlreichen Fällen, in denen ein objektiver klinischer Lungenbefund nicht gemacht werden konnte, Verdichtungsherde in den Lungen röntgenologisch nachgewiesen. Die Inkubationszeit betrug bei Hausinfektionen durchweg 2—4 Tage. Nach dem Erkrankungstag berechnet, begann die Epidemie am 21. September und erreichte am 14. Oktober die höchste Morbidität, um dann langsam staffelförmig abzusinken. Die größte Morbidität liegt zwischen dem 14. und 45. Lebensjahr, ältere Personen sind selten erkrankt. Die höchste Zahl der Erkrankungen zeigt das 21. bis 25. Lebensjahr, fast $^1/_3$ aller Erkrankungen. Die Mortalität war zahlenmäßig zwischen 20 und 30 Jahren am höchsten, prozentual jedoch zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr. Die Zahl der Todesfälle unter 317 Erkrankten war 65 = 20%, sämtlich an Pneumonie; bei 150 Pneumonien also ein Prozentsatz von 43,3 (in der Sommerepidemie 56,3). Von sämtlichen in der zweiten Epidemie Erkrankten hatten nur zwei angeblich im Sommer Influenza durchgemacht, von dem bei der zweiten Epidemie erkrankten Personal keiner. Auffallend war die starke Beteiligung der Trachea und des Larynx, die sich klinisch durch Krampfhusten, Schmerzen und Heiserkeit bis zur Aphonie anzeigte. Bei der ersten Epidemie waren sehr viel Pleuraexsudate, bei der zweiten anfangs seltener, später häuften sie sich. Bei der Punktion fand sich seröses, lehmwasserartiges und eitriges Exsudat. In 2 Fällen bestand hämorrhagisches Exsudat. Der eine war mit Tuberkulose kompliziert. Auffallend war der stark hämorrhagische Charakter der Erkrankung. Blutiges Sputum blieb oft wochenlang nach Ablauf des Fiebers bei den geheilten Pneumonien bestehen. Influenza-Bazillen wurden insgesamt 17mal gefunden, in den übrigen Fällen Streptokokken, Pneumokokken, Friedländerkokken und andere. Sehr oft beobachteten wir Nasenbluten, 3mal Hämoptöe, 1mal Blasenblutung, 2mal Darmblutungen. Auch hämorrhagische Otitis media bestand häufig. Alle 9 Fälle der Schwangerschaft abortierten, bis auf einen sind sie gestorben. In einem Falle beobachteten wir spontanen Pneumothorax, der offen blieb, offenbar durch Zerfall eines Lungenabszesses hervorgerufen. Im Blut fand sich in der Regel Leukopenie, die eosinophilen Zellen fehlten stets. Die Leukopenie bestand auch bei Pneumonie fort, erst in der Rekonvaleszenz stieg die Zahl der Leukozyten an. Der Blutdruck war meist niedrig.

Behandelt wurden die Kranken mit Umschlägen, Kodein, Kampfer und Strophanthin. Die Pneumonien verliefen selten kritisch, meist lytisch. Oft war die Infiltration der Lunge noch lange Zeit nach der Entfieberung nachweisbar. Bei 100 Fällen haben wir Salvarsan versucht und in etwa der Hälfte der Fälle meist vorübergehende günstige Erfolge gesehen, die in Abfall des Fiebers, Herabsinken der Pulszahl und gehobenem Allgemeinbefinden bestanden. Öfter trat unmittelbar nach der Einspritzung dauernde Entfieberung oder rasch nachlassendes Fieber ein. Von den mit Salvarsan behandelten Fällen mit Pneumonie starben 20%, von den nicht mit Salvarsan behandelten 38%.

Mit hochwertigem polyvalenten Pneumostreptokokkenserum behandelten wir 10 Fälle schwerer Pneumonie bisher. 2 starben, 2 hatten kritische Entfieberung, 6 vorübergehenden Fieberrückgang.

Prof. Dr. Weintraud in Wiesbaden:

Als die Grippe im *Juni* d. Jhrs. in *Wiesbaden* zuerst auftrat, durch Lazarettkranke eingeschleppt, befiel sie blitzartig gruppenweise zusammenwohnende oder zusammenarbeitende Personen. Die Inkubationszeit war ungemein kurz. In einem kleinen Teillazarett war schon 2 Tage nach der Einlieferung des ersten Kranken die Hälfte der übrigen Kranken und des Personals befallen. Im Städtischen Krankenhause erkrankten an einem Nachmittage 16 Mädchen vom Personal der Küche und Waschküche mit Ohnmachtsanfällen und hohem Fieber, so daß zuerst an eine Speisevergiftung gedacht wurde. Während die große Mehrzahl aller Kranken damals in 3—4 Tagen wieder gesund war und außer dem Fieber, starker Kongestion der Gesichtshaut wie der Schleimhäute, davon herrührendem Hustenreiz und Brustschmerz keine Krankheitserscheinungen darbot, waren Empyeme doch schon relativ häufig, unkomplizierte Lungenentzündungen dagegen selten. Diese parapneumonischen Empyeme hatten sämtlich eine ganz schlechte Prognose. Frühzeitig oder spät operiert, oder nur mit Punktion behandelt, starben die Kranken, obwohl es durchweg junge, kräftige Menschen waren. Die Exsudate enthielten immer Strepokokken, gelegentlich daneben auch Pneumokokken. Abgesehen von diesen Fällen, war der Verlauf der Grippe damals durchweg gutartig. Das war ganz anders bei der zweiten Welle der Krankheit im *Oktober*. Jetzt waren die *Lungenentzündungen* an der Tagesordnung, und sie sind es heute noch, nachdem die Morbidität wesentlich abgenommen hat. Die Empyeme treten immer mehr zurück, nachdem sie im Oktober noch zahlreich waren. Mehr als die Hälfte sämtlicher Grippekranken, die ins Krankenhaus kamen, hatten Pneumonien. Dabei eine Mortalität, wie man sie bei der Pneumonie junger Menschen noch nie erlebt hat. (Siehe Statistik.) Die Unterernährung oder eine schwächliche Konstitution spielte keine Rolle dabei, ungemein kräftige junge Menschen im besten Ernährungszustande erlagen der Krankheit, namentlich auch Schwangere. Die Ansicht, daß gerade der stark reagierende Organismus infolge der Auflösung der Krankheitserreger von deren Endotoxinen überschwemmt wird und der Toxämie verfällt, bekommt dadurch etwas Wahrscheinliches. Im Gegensatz zum klinischen Bilde der kruppösen Pneumonie mit ihren örtlichen Beschwerden, der koupierten Atmung, dem pleuritischen Schmerz, dem Hustenreiz, steht der schwere Allgemeinzustand im Vordergrunde. Außer, wo die pleuritische Komponente Schmerzen verursacht, merkt der Kranke wenig von seiner Lungenentzündung. Auch wenn er nicht eigentlich benommen ist. Oft hört er schwer, oft hat er schon ganz zyanotische Lippen und eine jagende Atmung und verneint auf Befragen, daß er Atemnot hat. Nie legt er Wert darauf, im Bett aufzusitzen und wenn aufgerichtet, rutscht er alsbald wieder in passive Rückenlage. Dem entspricht, daß sich die Lungenentzündung klinisch genau wie eine hypostatische Pneumonie beim Typhus entwickelt, nur sehr viel schneller. Ungenügende Verschieblichkeit des unteren Lungenrandes bei tiefem Aufatmen, zunächst auf der einen Seite, ist das erste Zeichen. Knistern und reichliches klingendes Rasseln folgen und bleiben oft während der ganzen Krankheitsdauer. In anderen Fällen kommt es bald zu Bronchialatmen, die Verstopfung der Luftwege ist dafür jedenfalls entscheidend. Bei allen Lungenentzündungen dieser Epidemie ohne Ausnahme waren die Unterlappen befallen. Immer hat die Infiltration vom unteren Rand her begonnen; wo die Oberlappen mit ergriffen wurden, war nur ihre hintere Partie luftleer. Die vorderen Ränder der Lunge zeigten sich bei der Autopsie oft mächtig emphysematös gebläht. In den luftleeren infiltrierten oder ödematösen hinteren

Teilen der Lunge greift ein kolossales Bakterien-Wachstum um sich, der Ausstrich läßt massenhaft Streptokokken erkennen. Ob die spezifische Toxämie oder die Kohlensäure-Überladung des Blutes das Ausbleiben der subjektiven Dyspnöe vermittelt, bleibe dahingestellt. Jedenfalls begünstigt die oberflächliche Atmung die zunehmende Ausschaltung der Lunge in ihrer Atmungs-Funktion und damit den verhängnisvollen Prozeß, der schließlich zur eitrigen Erweichung von mehr oder weniger ausgedehnten Lungenpartien führt. Darum empfiehlt es sich, die Kranken von Anfang an möglichst senkrecht im Bett aufzuetzen, oder gar zeitweise in einen Lehnstuhl zu bringen; dazu bedarf es einer unermüdlichen Pflege, um sie im Bett aufrechtsitzend zu halten, und namentlich einer guten Unterstützung durch untergelegte Kissen unter die Ellenbogen. Die Ausbreitung des Infiltrations-Prozesses wird dadurch tatsächlich oft aufgehalten.

Ein medikamentöses Mittel, das souverän wirkt, gibt es dagegen nicht. Die kolloidalen Silberpräparate versagen vollkommen und schwächen den Kranken durch den der Einspritzung folgenden Schüttelfrost. Rekonvaleszenten-Serum gibt der Krankheit keine entscheidende Wendung, wie etwa beim Scharlach. Am ehesten scheint mir Salvarsan (Neosalvarsan 0,3 täglich) den Prozeß günstig beeinflußt zu haben, auch Optochin-Kampferlösung scheint wertvoll, aber schwere Fälle, namentlich von doppelseitiger Lungenentzündung, blieben unbeeinflußt. Die reichliche Verwendung von Herz- und Vasomotoren-Mitteln (Kampfer, Koffein, Adrenalin) hat uns wenig genutzt.

Von der bei der Autopsie so stark imponierenden pseudomembranösen Entzündung der Trachea ist klinisch meist wenig zu merken; nur in einigen Fällen war der Kehlkopf so stark dabei beteiligt, daß die Kranken zur Vornahme des Luftröhrenschnittes eingeliefert wurden. Der Befund auf der Lunge ließ aber auch dann immer erkennen, daß die Bronchen an der Stenose beteiligt waren und demgemäß die Tracheotomie unterbleiben konnte.

Städtisches Krankenhaus Wiesbaden, Zivil-Abteilung:

	Aufnahmen M.	*Aufnahmen* W.	*gestorben* M.	*gestorben* W.
1. bis 7. Okt. 1918	25	93	2	12
8. „ 14. „	34	139	7	17
15. „ 21. „	14	37	2	18
22. „ 28. „	6	48	2	6
29. Okt. bis 4. Nov.	9	34	—	—
5. bis 11. Nov.	5	21	1	1
12. „ 15. „	1	13	—	—
	94	445	14	54

Lazarett-Station:

1. Okt. bis 15. Nov. 1918 77 Aufnahmen, 26 Todesfälle.

In beiden Statistiken sind die sehr zahlreichen, schon sterbend aus der Stadt oder aus anderen Lazaretten eingelieferten Kranken mit einbezogen.

Prof. Dr. Albu in Berlin:

Freud' und Leid wird von den Menschen schnell vergessen. Auch die Wissenschaft vergißt oft ihre eigenen Erfahrungen. Das ist der Grund, warum die Menschheit aus ihrer Geschichte so wenig lernt. Die große Mehrheit der angeblich neuen Beobachtungen bei der diesjährigen Gripppe-Epidemie erweist sich als alt und wohlbekannt denjenigen, welche die große Influenza-Epidemie im Winter 1889/90 und die kleinere Epidemie im Winter 1893 als Ärzte miterlebt und die damals entstandene wissenschaftliche Literatur noch im Gedächtnis haben. Als Beispiel dafür verweise ich auf meine eigene kleine Arbeit aus dem Krankenhause Moabit in Berlin: „Zur Kenntnis der Influenza-Pneumonien" (D. med. Woch. 1894. Nr. 7), in der sich unter anderem auch schon die Tatsache erwähnt findet, daß bei der Influenza-Pneumonie die erkrankte Lunge sich oft von zahlreichen kleinen Abszessen durchsetzt findet — eine Tatsache, die man jetzt so ungewöhnlich und auffällig fand, daß man einen ganz unberechtigten Verdacht für das Vorhandensein von Lungenpest darin sehen wollte.

Die diesjährige Pandemie wird der epidemiologischen Wissenschaft wohl dieselben Rätsel aufgeben, wie diejenige von 1889/90 und sie wahrscheinlich auch ebensowenig lösen. Den von der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin veröffentlichten statistischen Mitteilungen über die Verbreitung der Seuche kann ein wissenschaftlicher Wert nicht beigemessen werden, weil erfahrungsgemäß unter den Krankmeldungen an Grippe sich zahlreiche andersartige Erkrankungen befinden, wie das im Großstadtbetriebe sehr beschäftigter praktischer Ärzte gar nicht anders möglich ist. Nach meiner Schätzung sind bei der diesjährigen Epidemie, wenigstens in Groß-Berlin, mindestens 20—25 % der Bevölkerung befallen gewesen, wovon die weit überwiegende Zahl der Erkrankungen auf das jugendliche Alter von 12—35 Jahren kam; am stärksten waren anscheinend die Jahre von 18—24 ergriffen, das weibliche Geschlecht in etwas stärkerem Maße als das männliche.

Die ungemein weite Verbreitung und die Schwere der Epidemie lassen sich meines Erachtens nur erklären durch die Annahme eines hochvirulenten Infektionskeimes, der durch die Luftströmungen in kürzester Zeit fast über die ganze bewohnte Erde getragen worden sein muß. Eine Infektion von Person zu Person kann nicht in Betracht kommen, um diese Erscheinungen der Epidemiologie erklären zu können. Die Unterernährung kann keine wesentliche ätiologische Rolle spielen und auch die Virulenzsteigerung nicht bedingt haben, da die Erkrankungen gerade in neutralen Ländern, wo noch ausreichende Ernährung vorhanden ist, die weiteste Verbreitung und die schwerste Form gezeigt haben.

Die Symptomatologie und der Krankheitsverlauf sind im großen und ganzen nicht anders gewesen als 1889/90. Als abweichend möchte ich nach meinen Beobachtungen die diesmal auffällig geringe Zahl von Fällen mit Magen-Darm-Erscheinungen erwähnen. Eine Beziehung der Ruhr zur Influenza, wovon in den Tageszeitungen die Rede war, ist in Wirklichkeit nicht erkennbar. Die nervösen Begleitsymptome und die allgemeinen Krankheitserscheinungen sowohl im Beginn wie in der langen Rekonvaleszenz sind die längst bekannten. Auch das plötzliche Befallenwerden und der schnelle Eintritt und rapide Verlauf schwerer Symptome und Komplikationen sind keine neue Beobachtung, insbesondere auch nicht die vorwiegende Häufigkeit und die Art der Komplikationen im Respirationstraktus (nekrotische Herde in den Pleuren und Perikard). Die Influenza-Pneumonie war schon früher gefürchtet, und ihre klinischen und anatomischen Eigentümlichkeiten sind genügend geschildert. Wegen Platzmangels an dieser Stelle muß ich hier auf meine oben erwähnte alte Abhandlung Bezug nehmen. Dort ist auch schon auf das jetzt wieder oft betonte *pathognomonische Kennzeichen der Mischinfektion der Influenzabazillen mit Streptokokken* und anderen Eitererregern hingewiesen, welch letztere die ersteren so stark überwuchern können, daß sie nur allein noch nachweisbar bleiben und zu den schweren Komplikationen und Folgezuständen führen, die zuweilen geradezu an Sepsis erinnern, sogar an foudroyant verlaufende, und das Schicksal der Kranken durch die toxische Herzschwäche schnell entscheiden. Sie hat besonders zahlreiche Opfer unter den Schwangeren in den letzten Wochen und Monaten der Gravidität gefordert.

Influenza-Pneumonie ist ausgezeichnet durch den geringen physikalischen Befund; oft weder perkutorisch noch auskultatorisch deutliche Veränderungen trotz schwerster Dyspnöe und pneumonischem Auswurf. Bei den meisten Pneumonien starke Zyanose, die zuweilen extreme Grade erreicht. Starke Beschleunigung der Atmung. Pulszahl im Beginn der Erkrankung oft niedrig, erst bei Komplikationen ansteigend.

In den letzten Wochen mehrfach Fälle, die als Magen - Darm - Influenza gedeutet werden mußten. Starke Appetitlosigkeit, Erbrechen, starke Magenschmerzen, zuweilen sehr heftig werdend, selten Durchfälle.

Sektionsergebnis: Bronchopneumonien und Empyeme, zuweilen frische Perikarditiden, keine Endokarditiden. Milz klein, sonstige Veränderungen fehlen.

Seltene Komplikationen: Meningitis, Myelitis, Thyreoiditis.

Therapeutisch in leichten Fällen Pyramidon oder Aspirin, Umschläge, Narkotika nach Bedarf (Kodein). In schweren Fällen oft intravenöse Kollargolinjektionen, zeitweise auch Versuch mit intramuskulären Milcheinspritzungen (10 ccm). Bisher kein deutlicher Eindruck von dem Versuch einer internen Therapie, kein Einfluß auf den Krankheitsverlauf. Bei Empyemen Entleerung möglichst großer Mengen durch Punktion und Absaugung, keine frühzeitige Rippenresektion, diese erst im späteren Stadium. Die Resultate frühzeitiger Rippenresektion im allgemeinen ungünstig.

Prof. Dr. Külbs in Köln:

Die Zahl der 1918 bis heute wegen Grippe in das Augusta-Hospital aufgenommenen Patienten beträgt rund 800; von diesen sind gestorben 170. Die Epidemie zeigte 2 Wellen, die erste Welle von Mitte Juni bis Anfang August, die zweite von Ende September bis heute. Prozentuale Sterblichkeitsziffer war in beiden Perioden ungefähr gleich. Die wichtigsten Befunde bei den Gestorbenen waren ausgedehnte Pneumonien, Empyeme, zerebrale Erkrankungen. Verlauf war besonders schwer bei 20- bis 30jährigen, bei körperlich Kräftigen, bei auch vor der Erkrankung Nervösen, bei Fuchsigen. Verlauf leicht bei Kindern und älteren Leuten, bei körperlich Schwächlichen, bei den an anderen Organerkrankungen Leidenden (z. B. Asthma, Emphysem, Herzklappenfehler, Tuberkulose, Keuchhusten). Bei den Anstaltskranken nur wenige Übertragungen, ein großer Teil verschont, nicht allein Kinder und ältere Leute.

Geringe Erkrankungsziffer und günstiger Verlauf auf der großen Tuberkulosestation. Im Gegensatz dazu häufig schwerer Verlauf bei sämtlichen Mitgliedern einiger Familien, Kinder und Säuglinge einbegriffen. Offenbar hier die Virulenz das Ausschlaggebende, nicht die persönliche Disposition.

Symptomatologie deckt sich mit den in früheren Epidemien beobachteten, häufig Epistaxis, bisweilen Hämoptöe, Hämaturie. Fiebertyp im allgemeinen remittierend, die Kontinua fast stets tödlich verlaufend. Leukopenie nicht regelmäßig beobachtet. Neben der Tracheitis, Bronchitis, Bronchopneumonie und Pneumonie folgendes im Vordergrunde: 1. Nervensystem: in mehreren Fällen tödlich verlaufende Enzephalitis, hauptsächlich unter den Symptomen von Aphasie einsetzend — offenbar meningeal bedingte heftige Kopfschmerzen durch Lumbalpunktion erheblich gebessert — Psychosen und Delirien mit gutem Ausgang — in der Rekonvaleszenz auftretende Neuritiden. 2. Mehrere Lungenabszesse, zumeist spontan geheilt oder in Heilung. 3. Eine größere Anzahl von Empyemen, prognostisch günstig, sofern sie rechtzeitig durch Rippenresektion entleert wurden. 4. Intestinale Erscheinungen: starkes Erbrechen — Durchfälle — Darmblutungen. 5. Weibliche Genitalorgane: sehr häufig vorzeitige und profuse Menstruation — bei der Gravidität 2. Hälfte Verlauf schwer, hohe Sterblichkeit, bei Gravidität 1. Hälfte Prognose günstiger. 6. Ohren und Augen: häufig Tubenkatarrhe und Otitis media — Konjunktivitiden in der Rekonvaleszenz. 7. Seltenere Komplikationen: Parotitis — Tonsillitis mit Angina Ludovici. — Milzschwellung mit heftigen lokalen Schmerzen. 8. Nicht selten sekundär Erysipel und Furunkulose.

Das bakteriologische Bild war fast regelmäßig neben den einwandsfrei nachweisbaren Influenzabazillen entweder Staphylokokken oder Pneumokokken oder Micrococcus catarrh.

Therapie: Salizylpräparate und Antipyretika in kleinen Dosen mit Erfolg angewendet, Prießnitz und kalte Umschläge nicht zu entbehren symptomatisch wichtig; gegen den starken Hustenreiz außerordentlich günstig Inhalieren mit Emser Wasser und ätherischen Ölen. Bei unruhigen Patienten empfehlenswert Brom in großen Dosen; Analeptika rechtzeitig angewendet von ausschlaggebender Bedeutung sowohl auf der Höhe der Erkrankung, wie auch in der Rekonvaleszenz.

Prof. Dr. Rumpf in Bonn:

Nachdem schon im Juli, August und September d. J. mehr vereinzelte Fälle von Grippe meist günstigen Verlaufs auf meinen Abteilungen Aufnahme gefunden hatten, erfolgte im Oktober ein beträchtlicher Anstieg, der in den Tagen des 5. bis 12. Oktober seine Höhe erreichte, um dann langsam abzufallen. Mitte November wurde der bisher letzte Fall aufgenommen. Auch in der Folge wurden noch vereinzelte teilweise schwere Fälle aufgenommen, die das allgemeine Bild nicht änderten. Nur bei 19 Fällen handelte es sich um einfache Grippe, charakterisiert durch Fieber, Beeinträchtigung des Nervensystems und geringe teils *katarrhalisch - respiratorische,* teils *gastrointestinale Reizungserscheinungen,* die in einem Falle fast an Ruhr erinnerten. In 2 Fällen wurde *Nasenbluten,* in einem Falle eitrige *Mittelohrentzündung* als Komplikation beobachtet.

Die Hauptkomplikation stellten aber Erscheinungen von seiten der Bronchien und der Lungen dar. Unter der gesamten Zahl von 82 Fällen boten 45 Erscheinungen von seiten der Lungen mit etwa 40 typischen Influenzapneumonien, welche den Charakter mehr umschriebener Erkrankungsherde, verstreut über beide Lungen darboten. In 4 Fällen fanden sich die klinischen Bilder der kruppösen Pneumonie. In einzelnen Fällen waren pleuritische Erscheinungen nachweisbar, einer liegt zur Zeit noch mit einem serösen pleuritischen Exsudat.

Die Mortalität in diesen 45 Fällen war sehr hoch, 15 Todesfälle meist mit dem Bilde schwerer toxischer Erscheinungen, Atemnot, grauzyanotischer Farbe und langsam trotz aller Mittel fortschreitender Herzschwäche — ein trostloses Bild für den Arzt. Überraschenderweise betrafen die Todesfälle vorwiegend jüngere Leute zwischen 19 und 25 Jahren, vor allem junge Soldaten, welche seit einigen Monaten eingestellt waren, während ältere Menschen die Erkrankung meist besser überstanden. Diese Erfahrung stimmt wenig mit den früheren überein, ist aber vielleicht auf einen geschwächten Ernährungszustand gegenüber den dienstlichen Anforderungen zurückzuführen. In einzelnen Fällen traten vermutlich im Anschluß an zu frühes Verlassen des Bettes und erneute Anstrengungen schwere Rückfälle auf.

Daß wir gegen Influenza kein wirksames Heilmittel besitzen (wenn nicht das neuerdings verwendete Serum ein solches ist), hat schon Leichten-

stern ausgeführt. In den letzten Wochen der Epidemie machte ich einen Versuch mit Einatmung von Menthol und Spiritus (5—10 g Menthol auf 100 g Spiritus), die auf dem Wasserbad teelöffelweise verdampft und 4—5mal täglich im Zimmer verdampft wurden. Diese Ordination erleichterte die Atmung außerordentlich und schien mir bei frühzeitiger Anwendung in einigen Fällen günstig auf den Verlauf einzuwirken.

Dr. Ernst Fränkel in Heidelberg:

In Lothringen sahen wir die ersten Fälle im Juni dieses Jahres. Anfangs handelte es sich nur um leichte Erkrankungen, Todesfälle kamen nicht vor, auch Komplikationen fehlten. Beobachtet wurden bei uns zwei verschiedene Formen: 1. gastrointestinale Erkrankungen unter dem Bilde einer leichten Magendarmstörung, wie bei der paratyphösen Fleisch- und Wurstvergiftung, 2. katarrhalische Formen mit Erkrankung der oberen Luftwege und Schleimhäute. Die Erkrankungen begannen plötzlich mit hohem Fieber bis über 39°, das 1—4 Tage anhielt. In der Rekonvaleszenz war häufig ein Milztumor geringen Grades festzustellen. Die Erkrankung verbreitete sich sehr rasch und ergriff einen großen Teil der dort liegenden Truppen. Die Übertragung der am häufigsten vorkommenden, katarrhalischen Formen erfolgte offenbar hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion, beim Husten, Sprechen usw. Im August verminderte sich die Zahl der Erkrankten sehr erheblich, im September kamen nur noch vereinzelte Fälle vor. Bakteriologische Untersuchung des Blutes im Kulturverfahren war ergebnislos, die Kulturen blieben steril. Dagegen wurden im Ausstrichpräparat des Sputums häufig feine Stäbchen nachgewiesen, die morphologisch den Pfeifferschen Influenzabazillen glichen, sich aber durch ihr Wachstum auf hämoglobinfreiem Agar von ihnen unterschieden.

Die Erkrankungen flammten Anfang Oktober wieder auf; jetzt kamen auch sehr häufig schwerere Fälle zur Beobachtung. So sah ich im Laufe von nicht ganz 3 Wochen in unserem Lazarett 24 Todesfälle, von denen 12 zur Sektion kamen. Klinisch traten bei den Kranken in den schweren Fällen neben dem Katarrh der oberen und der feineren Luftwege sofort die Erscheinungen von ausgedehnten Bronchopneumonien oder kruppösen Pneumonien in den Vordergrund. Auch Nephritis, zum Teil hämorrhagische, wurde des öfteren beobachtet, ebenso kamen Nasenbluten und septische Hautblutungen vor. Der Tod trat gewöhnlich gegen Ende der 2. Krankheitswoche ein, bei schwereren Fällen mitunter schon in den ersten Tagen. Als Todesursache war fast stets Herzschwäche im Gefolge von ausgedehnten Pneumonien zu bezeichnen. Pleuritiden mit serös-fibrinösen Exsudaten wurden häufiger beobachtet, Empyeme und adhäsive Pleuritis waren seltener. Die Rekonvaleszenz war oft langwierig, die Lösung der Pneumonien dauerte lange. Bakteriologisch war in den untersuchten Fällen das Blut bis auf einen Fall steril, das Serum zeigte nur unsichere, schwache Agglutination mit den Pfeifferschen Influenzabazillen. Aus dem Sputum wurden neben Pneumokokken und Diplostreptokokken etwa in 20% der Fälle Pfeiffersche Influenzabazillen in Reinkultur gezüchtet. Die Sektion ergab neben ausgedehnten kruppösen und Bronchopneumonien häufig serös-fibrinöse Pleuritiden oder pleuritische Adhäsionen, seltene Empyeme, parenchymatöse Degeneration der Nieren und Milzschwellung geringeren Grades wurden beobachtet. Tracheitis und Bronchitis, sowie Schwellung der Bronchialdrüsen waren in der Regel festzustellen. Bei der Sektion wurden fast stets in den Organen Streptokokken oder Pneumokokken gefunden. In 8 von 12 Fällen wurden Influenzabazillen aus dem Sektionsmaterial gezüchtet, und zwar aus: Herzblut, Pleuraexsudat, Milz, Nieren, Bronchialdrüsen, Lunge, Trachea und Bronchien. Die Influenzabazillen im Verein mit Pneumokokken oder Streptokokken schienen die schwere Erkrankung zu verursachen, wofür auch ein orientierender Versuch beim Meerschweinchen sprach. Die Verbreitung der Erkrankung war wohl meist auf Tröpfcheninfektion zurückzuführen. Eine sicher wirksame Prophylaxe kennen wir nicht, zur allgemeinen Prophylaxe gehört Vernichtung des infektiösen Auswurfs, und Schutz gegen die Tröpfcheninfektion beim Husten und Sprechen besonders in Straßenbahnen und sonstigen Orten, an denen Menschen dicht aneinander gepfercht werden.

Gurgeln mit H_2O_2, Einnehmen von Chinin oder Aspirin zur persönlichen Prophylaxe scheint die Krankheit nicht zu verhüten, wohl aber eine leichte Infektion zu kupieren. Ebenso wirken wohl energische Schwitzprozeduren im Beginn einer leichten Erkrankung. Von „spezifischen Heilmitteln": Chlorkalzium, Salvarsan, Chinin usw. haben wir keine sichere Wirkung gesehen. Daß Leute während einer Salvasankur schwer an Grippe erkrankten, spricht schon gegen seine spezifische Wirkung. Chinin und Aspirin wirken wohl lediglich symptomatisch. Therapeutisch bewährt hat es sich bei schweren Lungenentzündungen, von vornherein, die Herzkraft durch Eingabe von Digitalis zu unterstützen. Bei Zeichen von Herzschwäche wurden große Dosen von Kampferöl über die Krise hinaus subkutan eingespritzt.

Geh. San.-Rat Dr. von Noorden in Bad Homburg:

Ich sah Kinder von 6 Jahren an, Erwachsene jeden Alters, besonders zwischen 20 und 40 Jahren erkrankt. Männliches Geschlecht ist bevorzugt. *Symptome:* Hohes plötzliches Fieber, Kopfweh, Stirndruck, Muskelschmerzen, Zerschlagenheit. Manchmal Halsrötung, Luftröhrenkatarrh. Leichte Bronchialerkrankung bis zu schweren Bronchiopneumonien mit Pleuritis und selbst Empyem.

Manche Fälle verlaufen in wenigen Tagen mit einer Fieberspitze, andere erfordern Wochen durch Lungenerscheinungen und Rezidiven und Schwächung des allgemeinen Befindens. Magen-Darmerscheinungen waren nicht selten, besonders Durchfälle. Sektionen fehlen. Tod nur durch Komplikationen (Lungenentzündung). *Therapie:* Hohe Dosen von Aspirin, Novaspirin, Chinin und alle Beihilfen zum starken Schweißausbruch. Erhaltung der Herzkraft mit üblichen Mitteln, Wein, Digitalis, Kampfer. Exspektorantien. Nach nur mittelschweren Fällen mindestens 5 Tage Bettruhe nach Entfieberung. —

Dr. Geppert in Hamburg-Eppendorf:

Über Grippe als Schwangerschaftskomplikation finden wir aus den Zeiten früherer Epidemien nur wenige Aufzeichnungen, vorwiegend französischer Autoren. Es wird einerseits der abortive Charakter des Infektes hervorgehoben, andrerseits begegnen wir aber auch Beobachtungen über Schwächung der Uterusmuskulatur und verhängnisvollen Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Über besonders bösartigen Verlauf der Grippe während der Gravidität erfahren wir nichts. Die Verhältnisse bei der letzten Pandemie lagen anders. Die hier in den schweren Fällen das Krankheitsbild beherrschenden Pneumonien gaben den Ausschlag, die Influenza als schwerwiegendste Komplikation im Verlauf einer Schwangerschaft erscheinen zu lassen. Die Ursache des besonders bösartigen Verlaufes dieser, auf Mischinfektionen beruhenden konfluierenden und abszedierenden Bronchopneumonien ist zunächst durch rein physikalische Momente bedingt. Durch die Beengung im Thoraxraum infolge Zwerchfellhochstands wird die

schnellere Ausbreitung des pneumonischen Prozesses begünstigt, die Dyspnöe verstärkt, die Anforderung an die Leistungen des Herzmuskels, die während der Gravidität an sich erhöht sind, auf das äußerste Maß angespannt. So fanden wir bei Schwangeren im 7. bis 9. Monat die Erkrankung in kürzester Zeit in bedrohlichster Form auftreten. Co_2-Intoxikation und Herzschwäche, dazu die infektiös-toxische Kreislaufschwäche, die den letalen Ausgang unabwendbar machte. Wir hatten bei Frauen im 7. bis 9. Monat der Gravidität eine Mortalität von 61% zu verzeichnen. Bei kräftigem Herzmuskel ging dem Tode oft tagelang eine hochgradige Kohlensäureintoxikation mit zerebralen Symptomen voraus. Die Mortalität in den ersten 6 Monaten der Gravidität betrug 45%. Auch hier beiderseits bronchopneumonische Prozesse, sehr häufig foudroyanter Verlauf, nur seltener Exsudatentwickelungen und Empyeme. In 40% aller Grippefälle erfolgte eine spontane Unterbrechung der Schwangerschaft, und zwar bei Frühgeburten meist nach dem Absterben der Frucht. In 30% wurde eine Einleitung der Geburt durch Metreuryse bzw. Beendigung der Geburt durch Perforation (nach Absterben des Kindes) vorgenommen, jedoch ohne eine günstige Wendung im Verlauf der mütterlichen Erkrankung herbeiführen zu können. Die Wehentätigkeit an sich stellt hohe Anforderungen an die Herzkraft, so daß eine Einleitung der Geburt gewagt scheint; operative Entbindungen (Kaiserschnitt) schalten wegen der Unmöglichkeit einer Narkose aus. Das Absterben der Kinder ist vornehmlich die Folge der Hyperpyrexie; ein toxischer Einfluß scheint weniger eine Rolle zu spielen, ebenso ertrugen die Kinder hochgradige Co_2-Intoxikationen auffallenderweise gut. In einem Falle gelang es, sofort nach dem Exitus der Mutter mittels Kaiserschnitts ein lebensfrisches Kind zu erhalten. Wehenanregende Wirkung der Asphyxie, wie sie von Brown-Séquard bereits beschrieben wird, konnten wir nicht feststellen. Die Nachgeburtsperioden verliefen fast durchweg normal.

Im allgemeinen konnten wir die Erfahrungstatsache bestätigt finden, daß allein die Schwere des Infektes bzw. der Grad der Immunität den Ausschlag für den Verlauf gibt. Einen besonderen Wert irgendwelcher therapeutischer Mittel konnten wir nicht feststellen. Als anatomische Besonderheit mag erwähnt werden, daß wir bei mehreren Fällen von an Grippe verstorbenen Schwangeren eine sehr auffallende Leberverfettung fanden, die hochgradiger war als sie sonst bei Influenzafällen beobachtet wird. Vielleicht liegt in der während der Gravidität gesteigerten Funktion des Organs die Ursache für die besondere destruierende Wirkung des Infektes. Bei allen diesen Fällen traten psychische Symptome (Benommenheit, Delirien, Koma) in den Vordergrund.

B. Auszüge.

I. Innere Medizin.

717. **Über therapeutische Herzverkleinerung;** von R. Kaufmann und H. H. Meyer. (Med. Klin. 1917. Nr. 44. S. 1155; Nr. 45. S. 1183.)

Mit Hilfe eines von Schwarz beschriebenen Verfahrens und eines von Kaufmann und Schwarz ausgearbeiteten Stativs können exakte Vergleichsuntersuchungen der Herzgrößen mit geringen Fehlergrenzen ausgeführt werden.

Diese Methoden ergeben bei mit Herzerweiterung zurückgekehrten Frontsoldaten zum Teil sehr beträchtliche Verkleinerungen großer Herzen. Infolgedessen ist ein Teil der im Felde entstehenden Herzvergrößerungen auf reine oder vorwiegende Herzdilatation, nicht Hypertrophie zurückzuführen. Am energischsten auf die Erweiterung wirkte eine Digitaliskur, die durch unmittelbare und allgemeine Tonussteigerung des Herzmuskels wirkt.

Cordes (Berlin).

718. **Kordatonie und Herzneurasthenie;** von F. A. Hoffmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1500.)

H. sagt: Die normale Herzspitze zeigt auf der Röntgenplatte eine kräftige Wölbung und bildet mit dem Zwerchfell einen von zwei konvexen Linien von der Herz- und der Zwerchfellinie begrenzten Winkel. — *Angulus phrenico-cardialis, Herzwinkel. Wenn dieser bis an 90° heran oder darüber steigt, ist stets ein pathologischer Zustand vorhanden.* Dieser Herzwinkel ist keineswegs bei demselben Menschen eine konstante Größe, sondern ändert sich mit der Stellung des Zwerchfelles (Magenaufblasung). Das Symptom ist nicht ein besonders gefährliches, es weist aber darauf hin, daß Klagen des betreffenden Patienten nicht auf Simulation beruhen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

719. **Neuere Erkenntnisse über die rationelle Ernährung von Herzkranken;** von A. Lorand. (Monatskurse f. ärztl. Fortbild. 1917. H. 8. S. 33.)

Unter Hinweis auf verschiedene Erfahrungen: daß Zuckerkranke schwerer Form meist an Herzschwäche leiden, daß Zuckerlösung das ausgeschnittene Säugetierherz wieder zum Schlagen bringt, empfiehlt L. Herzkranken größere Mengen Honig (100—200 g und mehr) zu geben, und berichtet gute Erfolge dieser Maßregel. Kadner (Dresden-Loschwitz).

720. **Über das kleine Herz;** von H. Staub. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1442.)

St. hat genaue Thorax- und Herzsilhouettenmessungen vorgenommen und festgestellt, daß die Größe des Herzens keinen direkten Anhalt gibt zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der betreffenden Person. Bei kräftigem Körperbau kann selbst bei „extrem kleinem“ Herzen unverminderte Leistungsfähigkeit bestehen. Über die Leistungsfähigkeit des kleinen Herzens können nur Funktionsprüfungen entscheiden, nicht Maße der Silhouette.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

721. **Plethysmographische Untersuchungen bei Tropfenherzen;** von L. Dünner. (Ther. d. Gegenw. Nr. 17. S. 414.)

D. bestätigt die verbreitete Meinung, daß das Tropfenherz als Symptom konstitutioneller Schwäche zu betrachten sei, für viele Fälle. Doch hätten die plethysmographischen Untersuchungen gezeigt, daß die Insuffizienz nicht bei allen den gleichen Grad besitzt. Neben Menschen mit umgekehrter Kurve gebe es solche mit träger Kurve, die nur auf verminderte Herzkraft schließen lasse, sowie völlig funktionsfähige. *Auch könne ein Tropfenherz bis zu völliger Leistungsfähigkeit hypertrophieren.*

Kadner (Dresden-Loschwitz).

722. **Zur Klinik des persistierenden Ductus Botalli;** von W. Stepp und A. Weber. (D. med. Woch. 1917. Nr. 49. S. 1534; Nr. 50. S. 1554.)

St. u. W. beschreiben 3 Fälle obiger Herzabnormität, bei denen der Befund des Elektrodiagrammes von besonderem Interesse war. Dasselbe verhielt sich bei 2 Fällen normal, bei dem dritten trat nur die mehrfach bei kongenitalen Herzfehlern beobachtete starke negative Schwankung im Ventrikelkomplex auf. Durch die gleichzeitige Aufnahme in Ableitung 1 und 2 läßt sich zeigen, daß es sich nicht, wie vielfach angenommen wird, um ein negatives R, sondern um ein rudimentäres positives R mit nachfolgendem gewaltig vergrößertem S handelt, letzterer bewirkt durch eine Drehung des Herzens, und zwar der rechten Herzhälfte ganz nach vorn, und wahrscheinlich eine Verlängerung eines Schenkels des Hisschen Bündels, da das von dem verlängerten Schenkel versorgte Gebiet auch später in Erregung versetzt wird.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

723. **Über eine grippeartige Infektionskrankheit (Pseudogrippe);** von A. Schittenhelm und H. Schlecht. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 61.)

Unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit verlaufender Zustand mit Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Schwindelgefühle, vereinzelt Ohren- und Halsschmerzen, selten Husten und Erbrechen, häufige Durchfälle. Fallgeschichten und Eingehenderes aus der Originalarbeit. Cordes (Berlin).

724. **Die Serumbehandlung bei Icterus infectiosus;** von Heidenheim. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 49. S. 1575.)

Es wurde Rekonvaleszentenserum aus der 6. bis 8. Woche verwendet, das in der üblichen Weise gewonnen und vorbereitet wurde. Intramuskulär 30 bis 40 ccm an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, eventuell am 4. Tage nochmalige Injektion, im ganzen bis zu 100 ccm. Da eine Titrierung der Seren durch Tierversuch nicht möglich war, wurden Mischseren verwandt. Auf Grund der gewonnenen Beobachtung bei einer Epidemie gelangte H. zu der Ansicht, daß Rekonvaleszentenserum einen spezifischen Einfluß auf den Verlauf des Icterus infectiosus ausübt. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

725. **Zur Frage des wolhynischen Fiebers;** von A. Pagenstecher. (D. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 235.)

P. beobachtete, daß mehrere Fälle von Quintana, die sich schon wochenlang auf einer Station befanden und in voller Genesung begriffen waren, erneut erkrankten, sobald frisch Erkrankte auf die Station gelegt wurden, bei denen sich dasselbe Krankheitsbild herausstellte. Welcher Art diese Übertragung ist, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Organische Veränderungen waren nicht nachzuweisen. Die Erkrankungen befielen ziemlich wahllos sowohl die in den sumpfigen Niederungen Wolhyniens als die in der Kreide der Champagne liegenden Truppen. Plasmodien wurden in den Blutpräparaten nicht gefunden. Eine, wenn auch geringe Beeinflussung der Krankheit wurde nur von Arsen gesehen. Verlauf **langwierig, aber gutartig.**

Kadner (Dresden-Loschwitz).

726. **Herzstörungen bei wolhynischem Fieber;** von J. Fischer. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 73.)

F. beobachtete nur das Auftreten nervöser und funktioneller Herzstörungen beim wolhynischen Fieber, im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten. Eine Tatsache, die wichtig für die Therapie und die Beurteilung der Dienstfähigkeit ist.

Cordes (Berlin).

727. **Über Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum;** von A. Bingel. (D. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. 125. S. 284.)

An einem Material von 937 Fällen im Laufe von 4 Jahren hat B. keine nennenswerten Unterschiede beobachtet in den Erfolgen des antitoxischen Diphtherieheilserums gegenüber demjenigen des Pferdeserums. Im Jahre 1912 hatte B. zunächst abwechselnd den einen Erwachsenen mit antitoxischem, den 2. mit gewöhnlichem Pferdeserum behandelt, genau nach der zeitlichen Reihenfolge, in der die einzelnen Kranken in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Später wurde auch bei den Kindern in derselben Weise die Behandlung vorgenommen. Sowohl der Vergleich der beiden Gruppen in der genannten Weise verschieden behandelter Diphtheriekranker, wie auch die Gegenüberstellung der durchschnittlichen Mortalitätsziffern dieser Zeit (1912—1916) zu denen früherer Jahre, als die Behandlung nur mit antitoxischem Diphtherieheilserum vorgenommen wurde, zeigte keinen Unterschied zu Ungunsten der Behandlung mit gewöhnlichem Pferdeserum.

Kankeleit (München).

728. **Beitrag zur Ruhrimmunität;** von A. Streil. (Med. Klin. 1918. Nr. 9. S. 212.)

Eine ganze Anzahl Ruhrkranker gibt an, vor mehr oder minder langer Zeit ähnliche Erscheinungen gehabt zu haben. Diese Angaben stehen im Widerspruch zu der bekannten Tatsache, daß durch Überstehen der Ruhr, wie auch im Tierversuch, Immunität erworben wird.

Str. konnte bei den Fällen mit obiger Angabe feststellen, daß es sich meist um chronische Ruhr handelte, daß indes eine durchgemachte Ruhr Flexner nicht gegen Shiga-Kruse schützt.

Cordes (Berlin).

729. **Ruhrschutzimpfung mit Dysbakta Boehnke;** von C. Schelenz. (Med. Klin. 1918. Nr. 7. S. 166.)

Von den Ruhrschutzimpfungen mit Dysbakta Boehnke sah Sch. zweifellose Erfolge. Die Impfung soll 3zeitig erfolgen (0,5, 1,0, 1,5 ccm), in Abständen von mindestens 5 Tagen. Nur in dringenden Fällen ist 2zeitig zu impfen (1,0, 2,0 ccm), dann aber mit 7 Tagen Zwischenraum. Die Einspritzung erfolgt

flach subkutan, 1—2 Querfinger unter Schlüsselbein, unter Vermeidung von Brustmuskel und Brustdrüse. Spätestens bis Ende Juni muß die allgemeine Schutzimpfung durchgeführt sein. Man beginne nicht vor Anfang Mai. Bei Umgebungsschutzimpfung sollen Leute, die bereits über Darmstörungen klagen, nicht geimpft werden. Nicht geimpft werden ferner Herzkranke, Leute über 50 Jahre, bei denen anamnestisch mit einer Herzschädigung zu rechnen ist, sehr schwächliche, akut kranke, weibliche Personen während der Periode. Kadner (Dresden-Loschwitz).

730. **Mischinfektionen mit Tropica und Tertiana?** von Forschbach und Pyszkowski. (D. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 238.)

F. u. P. sahen bei 3 Kranken, daß die im Herbst 1916 nachgewiesenen Tropikaparasiten nach monatelanger Krankheitsdauer des Trägers im Sommer 1917 durch den Parasiten der Tertiana abgelöst wurden, und zwar so, daß zu keiner Zeit beide Parasitentypen nebeneinander bestanden. Es handle sich wahrscheinlich um eine Doppelinfektion, wobei man annehmen müsse, daß der Tertianaparasit bis zu einem halben Jahre in Latenz verharren kann. Vielleicht aber finde eine Umwandlung der Tropika- in Tertianaparasiten statt.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

731. **Zur Diagnostik und Therapie der Trichinose;** von S. Schoenborn. (D. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 286.)

Sch. berichtet über eine in Posen beobachtete Trichinenepidemie und weist darauf hin, daß sich *für die diagnostische Erkennung* der Krankheit und der Trennung von Typhus, Paratyphus, Ruhr usw. das Zeichen der *Eosinophilie* in erster Linie bewährte. Therapeutische Versuche mit Salvarsan- und Strychnininjektionen ergaben die deutliche Wirksamkeit des letzteren Mittels auf den Krankheitsverlauf und die gänzliche Wirkungslosigkeit des Salvarsans, bei dessen Anwendung allerdings 1,5 N.-S. nie überschritten wurde. Die gute Wirkung des Strychnins weise trotz der bisher negativen anatomischen Befunde auf das Bestehen einer Neuritis hin.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

732. **Erfahrungen bei Malaria;** von W. Brünn. (D. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 290.)

Br. nimmt Bezug auf eine frühere im Zentralbl. f. Bakt. Bd. 79 mitgeteilte Arbeit über *beschleunigte Schizogonie* und teilt mit, daß diese Erscheinung sehr häufig vorkam, und *darauf zu beziehen sei, daß alle untersuchten Kranken unter Chininprophylaxe standen* (0,3 g nach Celli). Diese hat nicht verhindert, daß sich Parasiten im Blut entwickeln und allmählich auch Gameten bilden konnten; wo es zum ersten Anfall kam, fand man dann sofort Gameten — einen Befund, den man sonst bei chronischer Malaria antrifft. Die vielen vorkommenden Schizontenformen seien als Entwicklungsstadien der Gametenbildung anzusehen, Gametoschizonten; die „Gametogonie" mache einen überhasteten Eindruck, wahrscheinlich sei sie durch das im Blute kreisende Chinin veranlaßt, welches entwickelungsbeschleunigend wirke. Für den Wert der Chininprophylaxe dürfe aber nicht dies, sondern müsse die klinische Erfahrung ausschlaggebend sein.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

733. **Über die Behandlung des Wechselfiebers;** von L. R. Müller. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 121.)

Die chininsicheren Unterstände der Plasmodienträger sind Milz, Knochenmark, Gehirnkapillaren. Keine Chininkur schützt vor Rückfällen; am sichersten aber geht man mit der intermittierenden (Neißer-Fournier nachgeahmten Quecksilberkur) Chinindosierung, mit der Absicht, die in der Blutbahn schwärmenden Plasmodien zu überraschen. Demnach soll die latente Malaria künstlich in eine akute mit Anfällen verwandelt werden, um in diesem Stadium der Nochtschen Chininkur, welche die Heeresverwaltung auch empfohlen hat, ausgesetzt zu werden. Mit Typhusschutzimpfung, Quarzlampenbestrahlung und mit Fiebermitteln kann ein Malariaanfall provoziert werden. Dieses Verfahren kann zur Methode erhoben werden. Chin. muraticum bleibt das beste Chininmittel und die Verbindung mit Neosalvarsan in chininfreien Pausen in steigenden Dosen 0,3—0,9 intravenös scheint glänzend auf die Blutregeneration bei schweren Fällen zu wirken. Die Allgemeinbehandlung erwies sich im Orient als äußerst richtig. Bei rechtzeitigem Eingreifen ist diese Behandlung die aussichtsvollste, die man sich denken kann. von Noorden (Bad Homburg).

734. **Über chronischen Tetanus;** von Baisch. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 127.)

Es lag ein typischer Fall von chronischem, lokalisiertem, rezidivierendem Tetanus vor. Die Muskelstarre wird auf gangliogene Störungen zurückgeführt, welche der dauernden Störung der Rückenmarksfunktion nachfolgten. Einspritzungen mit Novokainlösung von 10—15%, teils intraneural, teils intralumbal verabreicht, verminderten deutlich die Starre.
von Noorden (Bad Homburg).

735. **Über die Rotlaufbehandlung durch Milchinjektionen;** von D. Turnheim. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1621.)

6 Fälle von Erysipelerkrankungen, die durch parenterale Proteïnkörperzufuhr in Form von Milchinjektionen günstig beeinflußt wurden. T. erblickt in dieser Behandlungsart einen Fortschritt der Erysipeltherapie. Als neuartige Beobachtung sei besonders erwähnt, daß die Milchinjektionen besonders prompt wirkten, je näher am Krankheitsherd sie verabfolgt wurden! Geppert (Hamburg-Eppendorf).

---

736. **Die Physiologie des Magens nach Resektion aus der Kontinuität.** *Eine experimentelle Untersuchung;* von E. Freih. v. Redwitz. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 4 u. 5. S. 531.)

Die durch lange Versuchsreihen geförderten histologischen, motorischen und chemischen Schlüsse können nur in Kürze im Ref. wiedergegeben werden.

Die Absonderung des Magensaftes erscheint nach den vergleichenden Untersuchungen am Kontrolldoppelfistelhunde und am operierten Doppelfistelhunde weder in ihrer Art, noch in ihrer Gesetzmäßigkeit gegenüber dem normalen Magen verändert. Der verkleinerte Magen scheidet qualitativ, was Säuregrad und Pepsingehalt anbetrifft, den gleichen Magensaft ab.

Gleiche Eiweißmengen werden in dem resezierten Magen, wenn dieser nicht um mehr als ein Drittel verkleinert ist, nahezu ebenso, wie in dem normalen Magen verdaut. Aber der resezierte Magen bedarf zu dieser Arbeit längere Zeit.

In dieser Verlängerung der Magenverdauung ist der Ausgleich für den Verlust an Menge des sezernier-

baren Saftes, infolge Verkleinerung der sezernierenden Drüsenoberfläche zu suchen.

Es scheint Grund zu der Annahme vorhanden, daß diese Befunde sich auch mit gewissen Einschränkungen auf die menschlichen Verhältnisse übertragen lassen. Es dürften daher auch beim Menschen nach „zirkulärer Resektion" in vielen Fällen Mägen entstehen, welche sich mit dem im Experimente gewonnenen Organe vergleichen lassen. Die „zirkuläre Resektion" ist daher als konservative Operationsmethode im wahren Sinne des Wortes anzusehen; denn unter günstigen Bedingungen vermag sie das Geschwür radikal durch Entfernung des Übels zu heilen und Erhaltung der Form und der Funktion des Magens.

von Noorden (Bad Homburg).

737. **Über den Wert des Nachweises okkulten Blutes und des Röntgenbefundes für die Diagnose des Magenkarzinoms;** von H. Schlecht. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 43. S. 469.)

Blutnachweis und Röntgenbild erweisen sich immer mehr als die dominierenden Methoden, wie auch gerade das hier mitgeteilte Material von 4 Jahren einwandsfrei darlegt. Die Benzidin-Guajakreaktion wurde meistens angewandt. Bei 96 operativ oder autoptisch bestätigten Magenkarzinomen fand sich 81 mal Blut, 62 waren röntgenologisch diagnostizierbar, wobei die Art der Peristaltik die größte Rolle bei der Beurteilung spielt, also spezielle Erfahrung durchaus verlangt. Achylie war dauernd blutfrei. Ein Fall von Achylie zeigt, daß Milchsäure in großer Menge vorkommen kann. Bei Ulcus bietet bei der Röntgen-Beobachtung die intermittierende oder konstante, spastische Einziehung der großen Kurvatur wertvollen diagnostischen Anhalt. Von 175 Fällen wiesen 138 dauernd okkultes Blut nach. Bei Hyperazidität sind die blutpositiven Fälle verschwindend klein. Bei nervösen Dyspepsien, 108 Fälle, fehlte dauernd Blut. Bei Hypersekretion und bei reiner Ptosis desgleichen. Kallöse Ulzera zeigen im allgemeinen keine dauernde Blutungen. Alle diese sorgfältigen Untersuchungen dürften großen Wert beanspruchen, um zu frühdiagnostischen Schlüssen zu gelangen, von denen das Schicksal der Kranken abhängt. Die Indikation zur Probelaparotomie ist zweifellos öfters gegeben als sie angewandt wird. Alle diese Untersuchungen erfordern wenigstens vorübergehende stationäre Beobachtung.

von Noorden (Bad Homburg).

738. **Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des Nervensystems bei der Entstehung des runden Magengeschwürs;** von E. Gundelfinger. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 189.)

Die breit angelegte Arbeit ist originaliter anzusehen. Sie basiert außerdem auf 163 Literatur-Angaben. Vieles wies darauf hin, daß das Nervensystem bei der Entstehung des runden Magengeschwürs mitspielen kann, z. B. besteht oft eine Rückwirkung zwischen Dysmenorrhöe und Menstruation auf das bestehende Ulcus. Somit tritt der Forscher dieser schwebenden Frage experimentell gegenüber. Bei allen Eingriffen am Vagus fehlten Veränderungen am Magen und Duodenum. Diese erschienen in 100% bei Eingriffen am Ganglion coeliacum. Wahrscheinlich schaltet letzterer Eingriff den Sympathikus aus, den Abschnitt nur dem Vagus überlassend. Möglicherweise ist zu deuten, daß die Eingriffe am Ganglion als Reiz wirken, angiospastische Zustände an Magen und Darm hervorrufen und die Geschwürsentstehung begünstigen.

von Noorden (Bad Homburg).

739. **Antiferment und rundes Magengeschwür;** von Viktor L. Neumayer. (Therap. Monatsh. 1917. H. 12. S. 483.)

N. erzielte mit *Leukofermantin Merck* — einem mit Trypsin hergestellten Antiferment — bei einem Kranken mit rundem Magengeschwür vollen Erfolg, und schließt daraus, daß der Säureüberschuß, der sich stets bei Ulcus findet, *nicht* die Ursache der Selbstverdauung der Magenwand sei, die dem Ulcus zugrunde liegt. Die Übersäuerung sei vielmehr eine Folge des Leidens und wahrscheinlich eine Erscheinung der Abwehr, während die Selbstverdauung allein auf Wirkung des Pepsinfermentes beruhe. N. sah in der Tat von dem täglichen Gebrauch von 2—3 Kaffeelöffel des Antifermentes Leukofermantin schnelles Abheilen eines Ulcus ventriculi.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

740. **Der tabische Magen in der Perspektive der Radioskopie;** von F. Helm. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1918. 25. März S. 174.)

H. berichtet über 18 Röntgenbefunde bei tabischen Krisen, von denen 12 ein abnormes Magenbild boten, und zwar konnten bei allen Fällen bei den einzelnen Mägen zu verschiedenen Zeiten ganz wechselnde Zustände beobachtet werden. Nicht in allen Fällen wurde ein Zusammenhang zwischen subjektivem Befinden und objektivem Befund konstatiert. In der Hauptsache betrafen die Veränderungen funktionelle Merkmale, und zwar überwog bei den meisten Fällen das Auftreten spastischer Zustände. Seltener fand sich das Auftreten peristaltischer Störungen und Herabsetzung der Motilität, während andererseits beträchtliche Tonusschwankungen beobachtet werden konnten.

Kautz (Hamburg).

741. **Die Pneumatose des Magens;** von H. Rieder. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1353.)

Das ziemlich komplizierte Krankheitsbild der Pneumatose kommt durch Luftschlucken bei der Nahrungszufuhr, durch Kardiospasmus, Spasmus der Pars media des Magens, Pylorusinsuffizienz und starke Luftansammlung im Magendarmkanal zustande. Es kann durch Erlernen von Luftschlucken vorgetäuscht werden und ist unter Umständen wichtig für den Militärarzt. R. belegt seine Ausführungen mit Röntgenbildern. Cordes (Berlin).

742. **Zur Funktionsprüfung der Leber;** von H. Gerhartz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1297.)

G. fand, daß Belastung der Leberarbeit mit nur 80 g Lävulose relativ oft eine vorher nicht vorhandene *Urobilinausscheidung,* selten dagegen Urobilinogenurie hervorruft, wobei das Maximum der Lävulosurie und Urobilinurie in die gleiche Zeit fällt. Die Untersuchung des Harns auf Urobilin nach Darreichung von Lävulose sei zur Prüfung der Leberfunktion insofern brauchbar, als eine Urobilinurie, die erst nach Einnahme von 80—100 g Lävulose auftritt, einen stärkeren Grad der Leberschädigung anzeigt, als das Auftreten von Lävulose allein.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

743. **Käse und Fleisch bei Durchfällen;** von P. Behm. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1413.)

Ausgehend von der im Volke üblichen Behandlung Durchfallskranker mit Quark oder Weichkäse wurden solche Kranke im Lazarett mit gutem Erfolg behandelt, indem noch bald gewiegtes zartes Fleisch gegeben wurde. Bei chronischen Dyspepsien waren die Erfolge geringer, bei Ruhr wurden noch keine Versuche gemacht. Cordes (Berlin).

744. **Klinische Bedeutung einiger Wurmparasiten des Darms, besonders der Ascaridiasis;** von K. Niegler. (Med. Klin. 1917. Nr. 39. S. 1031.)

Unter eingehender Besprechung der einzelnen Möglichkeiten legt N. dar, daß auch die häufigsten Darmschmarotzer keineswegs immer so harmloser Natur sind, wie sie gemeinhin bewertet werden. Sie können vielmehr recht ernste, ja das Leben bedrohende Erkrankungen hervorrufen.

Atypische Magenerkrankungen, Anämien, auffällige Gewichtsverluste, asthenische Zustände usw. verlangen deshalb genaueste mikroskopische Untersuchung des Darminhalts. Cordes (Berlin).

---

745. **Über gutartige Albuminurien;** von K. Schlayer. (Jahreskurse f. d. ärztl. Fortbild. April 1917. S. 3.)

Sch. führt aus: Eine nicht geringe Zahl leichter, mitunter auch bis zu höheren Graden ansteigender Albuminurien hat keinen nephritischen Ursprung; es gibt aber außerdem Albuminurien, die mit Nierenschädigung oder -veränderung verbunden sind (v. Noorden) und doch einen gutartigen Charakter haben, indem sie gar nicht oder nur sehr langsam fortschreiten. In vielen Fällen entscheidet der Verlauf über den Charakter der Albuminurie. Zu den gutartigen gehören die physiologischen (nach kalten Bädern, nach sportlichen Anstrengungen). Der ausgeschiedene Eiweißkörper ist meist ein durch Essigsäure fällbarer Stoff, nur in der Minderzahl der Fälle begleitet von Serumalbumin und Serumglobulin. Diese physiologische Albuminurie kann mit Auftreten von Zylindern verbunden sein; die nach sportlichen Anstrengungen beobachtete kann unter systematischer Übung verschwinden. Wahrscheinlich sind die Erscheinungen dieser Albuminurie auf Zirkulationsstörungen in den Nieren zurückzuführen, da venöse Stauung Eiweißausscheidung zu bewirken vermag. Die Beurteilung ist nicht leicht. Es sind 3 Gruppen zu unterscheiden: 1. auf Grund des klinischen Bildes und der Nierenprüfung als gutartig zu erkennende Fälle, 2. schwere, erst nach mehr oder weniger langer Beobachtung zu beurteilende Fälle, 3. nur durch den Verlauf richtig einzuschätzende Fälle. Kadner (Dresden-Loschwitz).

746. **Die Pathogenese der gutartigen Albuminurien;** von Dziembowski. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1056.)

D. betont das Bestehen von Vagotonie und Herabsetzung des Tonus im Sympathikus bei den untersuchten Fällen. Erklärt aus diesen Symptomen und der dadurch veränderten Adrenalinbildung das bald zyklische, bald orthostatische Auftreten der gutartigen Albuminurien. Cordes (Berlin).

747. **Zur funktionellen Nierendiagnostik;** von W. Baetzner. (Med. Klin. 1917. Nr. 41. S. 1080.)

B. betont die Wichtigkeit der Beobachtung aller Faktoren und aller klinischen Untersuchungsmittel, da die funktionelle Nierendiagnostik allein nur eine approximative Schätzung ermögliche. Cordes (Berlin).

748. **Über Colica nephritica;** von Gg. Rosenfeld. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 34. S. 813.)

Hinweis darauf, daß auch die Nephritis häufig durch die Schmerzen eine Nephrolithiasis vortäuscht unter besonderer Betonung der Kriegsnephritis mit einschlägigen Fällen. Cordes (Berlin).

749. **Zur Diagnostik der entzündlichen und degenerativen Erkrankungen der Nieren (Nomenklatur Volhardt-Fahr);** von Schrumpf. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 33. S. 800.)

Übersichtliche Tabelle, die alles Wissenswerte enthält hinsichtlich des Verhaltens der einzelnen Organe usw., inklusive Wasser- und Konzentrationsversuch. Cordes (Berlin).

750. **Wirkung von Hypophysenextrakten auf nephritische Prozesse;** von K. Glaeßner. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 38. S. 1196.)

Die Wirkung von Pituglandolinjektionen bestand in Absinken des Eiweißgehaltes, Verschwinden des Blutes aus dem Urin, bisweilen Steigerung der Diurese und Verringerung der Formelemente. (Die beigefügten Tabellen zeigen weder eine typische, noch spezifische Wirkung, so daß die Frage post hoc oder propter hoc wohl kaum zu entscheiden ist.) Geppert (Hamburg-Eppendorf).

751. **Küchenprobleme bei der Ernährung von Nierenkranken;** von H. Strauß. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Aug. 1917. S. 23.)

Für die praktische Durchführung einer individualisierenden Diätetik für Nierenkranke genügen nach St. für die Mehrzahl der Fälle der Verdünnungs- und der Konzentrationsversuch, während die Harnstoffbestimmung im Urin unterlassen werden kann. Weit wichtiger als diese sei die Reststickstoffbestimmung im Blute, die in einem diagnostischen Institut ausgeführt werden kann. Für die akuten Nephritiden soll die Diät eiweiß- und salzarm sein. Die Zufuhr von Fleisch muß deshalb völlig oder fast völlig unterbleiben, während Eier, gekochte oder gebackene, nicht ausgeschlossen zu werden brauchen. Die Gesamtzufuhr an Eiweiß soll 50—60 g nicht übersteigen, periodenweise noch weniger betragen. Bei der Zubereitung sind *„scharfe"* Gewürze zu meiden, dagegen sind Tomaten, Spargel, Essig mit Vorsicht gestattet. Die schablonenhafte Anwendung von Milchkuren ist nicht mehr gebräuchlich. Die Salzarmut der Speisen wird am besten erreicht, wenn man ohne Salz kocht und die Tagesmenge Salz bestimmt, die zugesetzt werden darf. Ein vorzüglicher Salzersatz sei das ameisensaure Natrium (allein oder 1 Kochsalz + 4,0 ameisensaures Natrium pro die). Wo maximale Schonung nötig ist, müssen täglich 200—300 g Zucker (= 800—1200 Kalorien) zugeführt werden — in Limonaden, Kompotten, Tee, Suppen, Breien. Falta und Tedesco empfehlen bei urämischen Zuständen ausschließliche Ernährung mit Zucker, 300—400 pro die, ohne hochgradige Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr. — Es folgen Kostzettel verschiedener Krankenanstalten. Kadner (Dresden-Loschwitz).

752. **Über den Begriff der „Nephrosen" und „Sklerosen";** von L. Aschoff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 43. 1345.)

In Anbetracht des Umstandes, daß die geltenden *Bezeichnungen* von Nierenkrankheiten *als Nephrosen und Sklerosen den wirklichen Zustand der Erkrankungen nicht erkennen lassen,* schlägt A. neue Bezeichnungen auf Grund einer Einteilung in 4 Gruppen vor:

1. Solche, die auf dem Boden von Entwicklungs- oder Wachstumsstörungen stehen: Formative (Kardio-Myelo-)Nephropathien usw. oder *Nephrodysplasien.*
2. Solche, welche sich auf dem Boden von Stoffwechselstörungen entwickeln: Degenerative oder dystrophische (Hepato - Pleuro - Pneumo-)Nephropathien oder *Nephrodystrophien.*
3. Solche, welche auf Störungen der Blutzufuhr zurückzuführen sind: Zirkulatorische (Enzephalo-Metro-Ophthalmo-)Nephropathien oder *Nephrodyshämien.*
4. Solche, welche einen entzündlichen (separativen oder infektiös-defensiven) Charakter tragen: Nephritiden, inflammatorische Nephropathien, *Nephrophlogosen.* Kadner (Dresden-Loschwitz).

753. **Akute hämorrhagische Nephritis nach Raupenurtikaria;** von Franz Schmitz. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1558.)

Im Anschluß an eine schwere Raupenurtikaria bei einem Arzt entwickelte sich am 5. Tage eine schwere hämorrhagische Nephritis mit anfänglichen urämischen Symptomen. Der Eiweißgehalt des Harns verschwand nach 4 Wochen. Völlige Genesung.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

754. **Zur Behandlung der Fibrinurie;** von Gg. Rosenfeld. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1106.)

Fall von Fibrinurie im engeren Sinne, die günstig durch Verabfolgung von Phosphorsäure beeinflußt wurde. Cordes (Berlin).

755. **Zur Behandlung der Zystopyelitis;** von S. Groß. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1381.)

Bericht günstiger Erfolge bei der Behandlung von Pyelitis und Zystitis besonders gonorrhoischen Ursprungs mit intravenösen Injektionen von Neosalvarsan (3 × 0,15). Auch Fälle von Katheterzystitis eignen sich für diese Behandlung. Es soll aus dem Neosalvarsan eine Abspaltung von Formaldehyd „unter sehr günstigen Umständen" jedenfalls in der Niere selbst zustande kommen.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

756. **Über Myotonia atrophica, speziell über die Symptome und die Pathogenese der Krankheit nach 22 eigenen Fällen;** von Naegeli. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1631.)

Die atrophische Dystrophie ist nach Ansicht N.s gänzlich aus der Gruppe der Muskelveränderungen auszuscheiden und in die innersekretorischen Erkrankungen einzugliedern und stellt hier eine scharf umschriebene pluriglanduläre Erkrankung mit ausgesprochener Vererbung dar. Cordes (Berlin).

757. **Beiträge zur Kenntnis der Arthritis chronica deformans juvenilis;** von E. Kronheimer. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. H. 3. S. 173.)

Eine schon in den ersten Lebensjahren unter dem Bilde des Gelenkrheumatismus beginnende Erkrankung, die von Tuberkulose und Lues geschieden werden muß. Ätiologisch sind neurogene peripher angreifende Ursachen anzunehmen. Die Therapie ist eine physikalisch mechanotherapeutische Behandlung. Cordes (Berlin).

758. **Über Rheumatismus;** von H. Quincke. (D. med. Woch. 1917. Nr. 32 u. 33. S. 993 u. 1030.)

Qu. stellt Leitsätze auf, denen folgendes entnommen sei: Die sehr verschiedenen als Rheumatismus bezeichneten Erkrankungen des Bewegungsapparates beruhen auf Prozessen, die sich hauptsächlich in den Bindesubstanzen abspielen. Die ursächlichen Momente sind sehr verschieden, sowohl für den akuten, als auch für den chronischen Gelenkrheumatismus. Dem Muskelrheumatismus, Myalgie, liegen wahrscheinlich Vorgänge im inter- und intramuskulären Gewebe zugrunde, *wie sie ähnlich in der Haut bei Urtikaria und beim akuten umschriebenen Ödem sich abspielen.* Die Erkältung ist mitwirkende Ursache der Rheumatismen, indem sie Reflexe in näher oder ferner gelegenen Gebieten auf Gefäß- und trophische Nerven der Bindesubstanzen auslöst. — Es folgen interessante praktische Bemerkungen. Die Arbeit sei angelegentlich zum Selbststudium empfohlen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

759. **Über abortive Behandlung des genuinen Gelenkrheumatismus;** von A. Edelmann. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1632.)

Bericht über eine Kombination von parenteraler Milchdarreichung und hoher Salizyldosen per os, wo durch die Proteinkörperzufuhr der richtige Charakter der Salizylsäuretherapie zum Ausdruck kommt. Da die Heilung in kurzer Zeit eintritt, wird die Lokalisation am Endo- und Perikard verhindert.
Cordes (Berlin).

760. **Arthritis deformans juvenilis und Blutergelenke.** *Mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber tuberkulösen Gelenkerkrankungen im Kindesalter;* von E. Rhonheimer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1392.)

Das Krankheitsbild Arthritis deformans juvenilis ist nicht so selten. Bei Ausfall negativer Tuberkulinreaktion ist tuberkulöse Gelenkerkrankung, die statt dessen gerne angenommen wird, auszuschalten, ebenso muß Lues ausgeschaltet werden.

Auch Blutergelenke — Rh. gibt eine Fallgeschichte — kommen differentialdiagnostisch in Betracht.
Cordes (Berlin).

Büchereingänge.

Alle der Redaktion zur Besprechung eingesandten Bücher werden hier aufgeführt. Eine anderweitige Verpflichtung kann die Redaktion nicht eingehen; sie behält sich in jedem Falle die Besprechung des Buches vor.

Aschoff, L., Über den Engpaß des Magens (Isthmus ventriculi). Ein Beitrag zum funktionell-anatomischen Aufbau des Magens. Jena 1918. G. Fischer. 63 S. mit 32 Abb. im Text. (Brosch. 4 Mk. 50 Pf.)

Bach, H., Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne". Vierte ergänzte Auflage. Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. 128 S. mit 18 Abb. im Text. (Brosch. 7 Mk., geb. 8 Mk. 50 Pf.)

Bachem, C., Neuere Arzneimittel, ihre Zusammensetzung, Wirkung und Anwendung 2. verbess. Aufl. (Sammlung Göschen Nr. 669.) Berlin u. Leipzig 1918. G. J. Göschensche Verlagsbuchhdl. 146 S. (1 Mk. 25 Pf.)

Bresler, J., Rentenkampfneurose („Unfallgesetzneurose"). (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.) X. Bd. Heft 6. Halle a. S. 1918. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 46 S. (1 Mk. 50 Pf.)

Brugsch, Th., Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 498 S. mit 13 Textabb. (Brosch. 24 Mk., geb. 26 Mk.)

Busch, A., Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten auf Grund einer Erhebung des Verbandes Deutscher Städtestatistiker. Heft 6. (Schriften des Verbandes Deutscher Städtestatistiker.) Breslau 1918. Wilh. Korn. 42 S. (Geh. 1 Mk. 60 Pf.)

Dienemann, Briefe eines Arztes über Ernährung an einen Laien. Mit einem Geleitwort des Herrn Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. *Abel*, Jena. 2. verm. Aufl. Jena 1918. G. Fischer. 104 S. (Brosch. 2 Mk. 80 Pf.)

Dieudonné, A., und **W. Weichardt,** Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. Neue umgearbeit. Auflage. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 230 S. (Brosch. 10 Mk., geb. 12 Mk.)

Dorner, G., Klinische Studien zur Pathologie und Behandlung der Diphtherie auf Grund der Erfahrungen bei der Diphtherie-Epidemie in Leipzig 1914—1916. (Arbeiten aus der medizin. Klinik zu Leipzig Prof. *A. Strümpell*, Heft 3.) Mit einem Vorwort von *A. Strümpell*. Jena 1918. G. Fischer. 136 S. mit 6 Abb., 11 Kurven, 1 Kurventafel im Text. (Brosch. 6 Mk.)

Fuchs, A., Die heilpädagogische Behandlung der durch Kopfschuß verletzten Krieger. (Abhandlungen aus dem Lehrkörper der Berliner Schule für Kopfschußverletzte.) Halle a. S. 1918. Carl Marhold, Verlagsbuchhdlg. 143 S. (Brosch. 5 Mk., geb. 6 Mk.)

Graßl und **Reindl,** Bau, Tätigkeit und Pflege des menschlichen Körpers. („Lehre vom Menschen".) Allgemeine Gesundheitspflege. Nürnberg 1918. Friedr. Kornsche Buchhdlg. 183 S. mit 262 Abb. (Brosch. 3 Mk. 40 Pf., geb. 3 Mk. 80 Pf.)

Greve, Die Behandlung der Milchzähne. Leipzig 1918. Benno Konegen. 32 S. (60 Pf.)

Grote, L. R., Über die Beziehungen der Muskelarbeit zum Blutzucker. Halle a. S. 1918. Carl Marholds Verlagsbuchhdlg. 55 S. mit 57 Kurven.

Handbuch der gesamten Therapie von *F. Penzoldt* und *R. Stintzing*. 5. Aufl. 33. bis 34. Liefg. Jena 1918. G. Fischer. S. 1—384 mit 71 Abb. im Text. (Brosch. à Liefg. 5 Mk.) — 35. Liefg. Bd. VII. S. 385 bis 602 mit 137 Abb. im Text (Schluß). (Brosch. 3 Mk. 50 Pf.)

Heil, K., Fortschritte und Wandlungen in der Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbetts während des Jahrzehntes 1906 bis 1915. Bericht und eigene Erfahrungen. Leipzig 1918. Repertorienverlag 70 S. (Brosch. 4 Mk. 80 Pf.)

Heim, L., Lehrbuch der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden, Diagnostik und Immunitätslehre. Stuttgart 1918. Ferd. Enke. 605 S. mit 216 Abb. im Text und 14 mikrophotograph. Tafeln. (28 Mk.)

v. Hochenegg, J., und **E. Payr,** Lehrbuch der speziellen Chirurgie für Studierende und Ärzte. 2. neubearb. Auflage. II. Bd. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 1163 S. mit 582 Textabb. u. 14 Taf. (Geh. 30 Mk., geb. 34 Mk.)

Holzknecht, G., Röntgenologie. Eine Revision ihrer technischen Einrichtungen und praktischen Methoden. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 576 S. mit 407 Abb. I. Teil. (Geh. 30 Mk., geb. 34 Mk.)

Jeß, A., Augenärztliche Kriegserfahrungen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde.) Halle a. S. 1918. Carl Marhold, Verlagsbuchhdlg. 37 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Klopstock, M., und **A. Kowarsky,** Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. 5. umgearbeit. u. vermehrte Auflage. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 502 S. mit 36 Abb. u. 24 farb. Taf. (Geb. 15 Mk.)

Kolisch, R., Die Reiztheorie und die modernen Behandlungsmethoden des Diabetes. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 152 S. (5 Mk.)

Krönig, B., und **W. Friedrich,** Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlentherapie. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 278 S. mit 63 Abb. und 31 teils farbigen Tafeln. (Brosch. 30 Mk., geb. 34 Mk.)

Kühnemann, G., Differentialdiagnostik der inneren Krankheiten. 5. Aufl. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 242 S. (9 Mk. 50 Pf.)

Lust, F., Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Mit speziellen Arzneiverordnungen für das Kindesalter. Ein Taschenbuch für den praktischen Arzt. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 488 S. (Geh. 12 Mk., geb. 14 Mk. 50 Pf.)

Marcuse, M., Wandlungen des Fortpflanzungs-Gedankens und -Willens. (Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. Heft 1. Bd. I. Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 73 S. (Einzelpreis 5 Mk. 20 Pf., Vorzugspreis 3 Mk. 90 Pf.)

Mayer, C., Zur Kenntnis der Gelenkreflexe der oberen Gliedmaßen. Innsbruck 1918. Wagnersche k. k. Univ.-Buchdruckerei. 86 S. mit 4 Abb. im Text.

Meyer-Ruegg, H., Die Frau als Mutter. 6. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. 335 S. mit 53 Abb. (4 Mk. 40 Pf.)

Meyer-Ruegg, H., Kompendium der Frauenkrankheiten. Ein kurzes Lehrbuch für Ärzte und Studierende. 3. umgearbeitete Aufl. Leipzig 1917. Veit & Comp. 360 S. mit 161 teils farbigen Abb. (Geb. 10 Mk.)

Meyrich, O., Blutuntersuchungen an Jugendlichen. (Pädagogisch-psychologische Arbeiten Bd. 8. H. 1.) Leipzig 1918. Dürrsche Buchh. 79 S. mit zahlreichen Tabellen, 2 Kurven u. 1 Tafel. (Geh. 8 Mk.)

Pfister, O., Wahrheit und Schönheit in der Psychanalyse. (Schweizer Schriften für allgemeines Wesen.) Heft 6. Zürich 1918. Rascher & Cie. Verlag. 143 S.

Ranschburg, P., Die Heilerfolge der Nervennaht und sonstiger Operationen an mehr als 1500 verletzten Extremitäten. (Spätkorrektive Therapie der Kriegsverletzungen an Extremitäten Bd. 1.) Berlin 1918. S. Karger. 144 S. mit 51 Abb. im Text u. 10 Tafeln. (11 Mk.)

Repetitorium, kurzes, der Medizinischen Terminologie. (Medizinisches Taschenwörterbuch.) Als Vademekum, gearbeitet unter Benutzung der einschlägigen Literatur nach *Bechhold, Dornblüth, Eulenburg, Gutt-*

mann, Kraus, Michaelis, Roth-Oberndörfer, Schreiber, Thomas, Villaret u. a. (*Breitensteins* Repetitorien Nr. 65.) 3. umgearb. Aufl. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 210 S. (Geh. 3 Mk. 90 Pf., geb. 4 Mk. 70 Pf.)

Schäffer, J., Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Ärzte und Studierende. 3. vermehrte u. verbesserte Aufl. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 468 S. mit 87 Abb. im Text. (Geb. 15 Mk.)

Schmidt, A., Der Muskelrheumatismus (Myalgie) auf Grund eigener Beobachtungen und Untersuchungen gemeinverständlich dargestellt. Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 92 S. mit 14 Abb. im Text u. auf 9 Tafeln. (Brosch. 6 Mk. 60 Pf., geb. 8 Mk. 20 Pf.)

Schmidt, W., Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege (Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten). Heft 5. Berlin 1918. S. Karger. 219 S. (9 Mk. 80 Pf.)

Schwalbe, J., Zur Neuordnung des medizinischen Studiums. Leipzig 1918. Georg Thieme. 106 S. (Mit Teuerungszuschlag 6 Mk.)

Sieglbauer, F., Die normale Anatomie in ihrer Entwicklung und in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin. Leipzig 1918. Georg Thieme, Verlagsbuchh. 24 S. (1 Mk. 50 Pf.)

Sommer, R., Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Halle 1918. Carl Marhold, Verlagsbuchh. 202 S. (3 Mk.)

Stoll, Ergebnisse psychiatrischer Begutachtungen beim Kriegsgericht. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.) 10. Bd. H. 5. Halle. Carl Marhold. 34 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Strümpell, A., Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 2. Bd. 20. vielf. verbesserte u. vermehrte Aufl. Leipzig 1918. F. C. W. Vogel. 937 S. mit 160 Abb. im Text u. auf 6 Tafeln. (Brosch. 15 Mk., geb. 19 Mk.)

Szontagh, F. v., Über Disposition. Ein Versuch, die Pathogenese der Kontagiösen und der Infektionskrankheiten sowie das Problem ihres gehäuften Auftretens auf naturwissenschaftlicher Grundlage zu erklären. Berlin 1918. S. Karger. 347 S. mit 14 Abb. (12 Mk.)

Taschenbuch des Feldarztes. IX. Teil: Röntgenuntersuchung bei Kriegsverletzten von Prof. Dr. *Rud. Grashey*. München 1918. J. F. Lehmanns Verlag. 204 S. mit 184 Abb. (Geb. 4 Mk. 50 Pf.)

Teleky, L., Über ärztliche Berufsberatung. Wien 1918. Moritz Perles. 53 S.

Tetzner, R., Neurologie und Psychiatrie. (Ärztliche Bücherei für Fortbildung und Praxis. Bd. 5.) Leipzig 1918. Verlag d. Buchh. d. Verbandes d. Ärzte Deutschlands. 168 S. mit 4 Textfig. (5 Mk.)

Wiener, E., Klinik und Therapie der Malaria. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 126 S. mit 34 Kurven. (Brosch. 7 Mk., geb. 8 Mk. 60 Pf.)

C. Medizinische Bibliographie des In- u. Auslands.

(Vom 1. August bis 31. Oktober 1918.)

1. Anatomie.

Adair, F. L., The ossification centers of the fetal pelvis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 175.

Buchner, P., Vergleichende Eistudien 1. Die akzessorischen Kerne des Hymenoptereneies. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 1.

Forsgren, E., Zur Kenntnis der Histologie der Leberzellen und der Gallensekretion. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 12. S. 309.

Forster, A., Zur Topographie der Einmündung der Vena azygos beim Menschen. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 9 u. 10. S. 289.

Frey, H., Der aufrechte Gang des Menschen und seine Beziehungen zur hinteren Muskulatur des Unterschenkels. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 11. S. 257.

Greil, A., Erwerb der Kraniotenorganisation. Ein Beitrag zur allgemeinen Dynamik der Enwickelung und Vererbung. Anat. Hefte Bd. 55. H. 3. S. 513.

Hertwig, G., Kreuzungsversuche an Amphibien. I. Wahre und falsche Bastarde. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 203.

Huber, E., Über die Morphologie des M. procerus nasi des Menschen. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 12. S. 302.

Janicki, C., Neue Studien über postembryonale Entwicklung und Wirtswechsel bei Bothriozephalen. I. Triaenophorus nodulosus (Pall.) Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 40. S. 1343.

Jiresova, M., Über die Entwickelung der Hautdrüsen und ihre Sekrete bei den Amphibien. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 11. S. 280.

Jokl, A., Zur Entwickelungsgeschichte des Wirbeltierauges. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 9 u. 10. S. 209.

Kolmer, W., Ein rätselhafter Organkomplex der Wirbeltiere. Zentralbl. f. Phys. Bd. 33. Nr. 1 u. 2. S. 1.

Kolmer, W., Über Kristalloide in Nervenzellen der menschlichen Netzhaut. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 12. S. 314.

Meves, F., Zur Kenntnis des Baues pflanzlicher Spermien. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 272.

Oort, H., Über die Verästelung des Nervus octavus bei Säugetieren. (Modell des Utriculus und Sacculus des Kaninchens.) Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 11. S. 272.

Rupert Snell, F., The knee-point capsule: radiographic study. Brit. med. Journ. Nr. 3000.

Schaffer, J., Veränderungen an Gewebeelementen durch einseitige Wirkung der Fixierungsflüssigkeit und Allgemeines über Fixierung. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 14 u. 15. S. 353.

Schmidt, W. J., Über die Beziehungen der glatten Muskelzellen in der Haut des Laubfrosches zum Epithel. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 12. S. 289.

Sieglbauer, F., Die normale Anatomie in ihrer Entwickelung und in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin. Leipzig. Georg Thieme, Verlagsbuchh. 24 S. 1 Mk. 50 Pf.

Sommerfelt, L., Untersuchungen über den Bau der Leber bei niederen Wirbeltieren. Anat. Hefte Bd. 55. H. 3. S. 665.

Stieve, H., Die Spermatogenese des Grottenolmes. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 13. S. 321.

Tirala, L., Die physiologischen Vorgänge in der Netzhaut und ihre Deutung auf Grund neuer

Methoden. Arch. f. Anat. u. Phys. 1917. H. 3 u. 4. S. 121.

Virchow, H., Krümmung und Rippenpfannen der Brustwirbelsäule. Arch. f. Anat. u. Phys. 1917. H. 3 u. 4. S. 170.

Winternitz, R., Einige Versuche und Bemerkungen zur Lehre vom schwarzen Hautfarbstoff. Arch. f. Derm. Bd. 126. H. 1. S. 252.

2. Physiologie.

Bayliss, W. M., The luffer-salts of the blood. Brit. med. Journ. Nr. 3004.

Berczeller, L., Über den Fettgehalt des Blutes bei der Narkose. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 288.

Berczeller, L., Über den Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureproduktion des Hundeblutes. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 294.

Boenheim, F., Über die sekretorische Tätigkeit des Froschmagens. Biochem. Zeitschr. H. 3 u. 4. S. 129.

Boer, S. de, Voortgezette onderzoekingen over kameralternans. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 5. S. 362.

Bois-Reymond, R. du, Über den Gang mit künstlichen Beinen. Arch. f. Anat. u. Phys. 1917. H. 3 u. 4. S. 222.

Bond, C. J., An „in vitro" method of demonstrating the „return immigration" of leucocytes in blood clots and in wound tissues. Brit. med. Journ. Nr. 3011.

Broek, A. J. P. van den, Kin en spraak. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 14. S. 1159.

Campo, E. del, Studien über antagonistische Nerven. Nr. XVI. Untersuchungen zur Dynamik der Adrenalinwirkung auf die Gefäße des überlebenden Kaninchenohres. Zeitschr. f. Biol. H. 3 u. 4. S. 111.

Campo, E. del, Studien über antagonistische Nerven. Nr. XV. Über die Vasomotoren der hinteren Extremität des Frosches und deren Erregbarkeitsverhältnisse. Zeitschr. f. Biol. H. 3 u. 4. S. 87.

Dieden, H., Die Innervation der Schweißdrüsen. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1048.

Dittler, R., und S. Garten, Zur Kenntnis der Zeitwerte einiger Reflexe bei Vögeln. Nach Versuchen an Tauben. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 10—12. S. 499.

Eichhorst, H., Die Beziehungen der Koronar-Arterien zum Herzmuskel. Med. Klin. Nr. 31. S. 753.

Filehne, W., Der absolute Größeneindruck beim Sehen der irdischen Gegenstände und der Gestirne. Arch. f. Anat. u. Phys. 1917. H. 3 u. 4. S. 197.

Fließ, W., Innere Sekretion. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 4. S. 129.

Gildemeister, M., Untersuchungen über die obere Hörgrenze. Zeitschr. f. Sinnesphys. Bd. 50. H. 4. S. 161.

Goldschmidt, R. H., Übungstherapeutische Versuche zur Steigerung der Farbentüchtigkeit eines anomalen Trichromaten. Zeitschr. f. Sinnesphys. H. 4. S. 192.

Hamanke, E., Von der Stellung der Netzhautbilder und vom Sehen. Kosmos H. 11. S. 264.

Hári, P., Über den Einfluß der Rückenmarkdurchschneidung auf den Gaswechsel. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 5 u. 6. S. 303.

Haustein, H., Die Kalorie im Stoffwechsel. Hyg Nr. 12. S. 107.

Hirsch, R., und E. Blumenfeldt, Innere Sekretion und Gesamtstoffumsatz des wachsenden Organismus. Versuche aus dem Jahre 1914. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 3. S. 494.

Hoorweg, J. L., Over de electrische prikkeling van levende wezens. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 10. S. 826.

Hürthle, K., Vergleich der gemessenen und berechneten Kräfte des Blutstroms. D. med. Woch. Nr. 35. S. 957.

Kalmann, A., Studien zur Wasserdampfabgabe durch die Haut. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 942.

Kilgore, E. S., Blood pressure measurements: uses and limitations in modern medicine. Lancet Nr. 4956.

Knaffl-Lenz, E. v., Beitrag zur Theorie der Narkose. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 66.

Koeppe, L., Die Lösung der Streitfrage, ob das lebende Netzhautzentrum eine gelbe Farbe besitzt oder nicht. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1175.

Kries, J. v., Über einen Fall von einseitiger angeborener Deuteranomalie (Grünschwäche). Zeitschr. f. Sinnesphys. Bd. 50. H. 4. S. 137.

Leersum, E. C. van, De draadproef van *Einhorn*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 10. S. 794.

Leschke, E., Über die Durstempfindung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 773.

Liljestrand und J. Lindhard, Om hjärtats minutvolym vid simning. Svenska läkaresällsk. handl. Bd. 44. H. 3. S. 495.

Liljestrand und N. Stenström, Studier över simningens fysiologi. Svenska läkaresellsk. handl. Bd. 44. H. 3. S. 441.

Löhmann, Der V. Gehirnnerv. Hyg Nr. 15. S. 129.

Loewi, O., Über Spontanerholung des Froschherzens bei unzureichender Kationenspeisung. II. Mitteilung. Ein Beitrag zur Wirkung der Alkalien aufs Herz. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 10—12. S. 677.

Müller, M., Der Begriff der Zellerregbarkeit und seine Beziehung zu den psychischen Funktionen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 31. S. 1035.

Nagy, E., Experimenteller Beitrag zur Abhängigkeit der Blutkonzentration vom Blutdruck. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 5 u. 6. S. 329.

Nicolas, J., M. Favre et A. Saleur, Le signe de la vitro-pression; sa valeur. Presse méd. Nr. 35. S. 318.

Ostwald, W., Zur Systematik der Farben. Zeitschr. f. Sinnesphys. Bd. 50. H. 4. S. 153.

Radsma, W., Over agglutinatie van roode bloedlichaampjes en de ionenreeks van *Hofmeister*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 10. S. 841.

Rankin, G., Broken sleep. Brit. med. Journ. Nr. 3004.

Reitz, A., Theorien der Narkose. Hyg Nr. 15. S. 135.

Riedel, A. H., Ein Beitrag zur Kenntnis der photoelektrischen Reaktion des Hummerauges. Zeitschr. f. Biol. H. 3 u. 4. S. 124.

Rieser, S. E., Zur Messung der Körperwärme. Hyg Nr. 14. S. 125.

Röse, C., und R. Berg, Über die Abhängigkeit des Eiweißbedarfs vom Mineralstoffwechsel. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1011.

Roux, W., Hat die Betriebsseele das Vermögen zu direkten Gestaltungswirkungen? Gibt es eine besondere Gestaltungsseele? Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 782.

Semerau, M., und L. Weiler, Elektromyographische Untersuchungen am tetanisch kranken starren Muskel des Menschen. Zentralbl. f. Phys. Bd. 33. Nr. 3 u. 4. S. 69.

Tangl, Fr., Über die Gültigkeit des Rubnerschen Wachstumsgesetzes in verschiedenen Tierklassen. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 5 u. 6. S. 283.

Verzar, F., Kontraktion und Starre des quergestreiften Muskels nach Untersuchungen mit vitalen Farbstoffen. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 1 u. 2. S. 63.

Wassenaar, Th., Het zichtbaarworden der netvliesvaten op een flikkerende draaiende schijf. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 10. S. 792.

Weinland, E., Beobachtungen über den Gaswechsel von Anodonta cygnea L. Nach gemeinsam mit Frl. *Vernette L. Gibbons* und Herrn *Adolf Adam* angestellten Versuchen. Zeitschr. f. Biol. H. 1 u. 2. S. 1.

Weiß, E., Eine neue Methode zur Suffizienzprüfung des Kreislaufs. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 3. S. 390.

3. Physiologische und pathologische Chemie.

Bang, J., Über Cholesterinämie. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 122.

Bang, Über Lipämie. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 383; Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 104 u. 111.

Bang, J., Verfahren zur titrimetrischen Mikrobestimmung der Lipoidstoffe. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 86.

Belák, A., Über die Wirkung von Säuren auf den Zustand der Blutserumeiweißkörper. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 1 u. 2. S. 96.

Berczeller, L., und L. Schillinger, Beitrag zur chemischen Untersuchung der Wassermannschen Reaktion. Biochem. Zeitschr. H. 3 u. 4. S. 215.

Boas, F., und H. Leberle, Untersuchungen über Säurebildung bei Pilzen und Hefen. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 1 u. 2. S. 78.

Dekhuyzen, M. C., Over het verband tusschen soortelijk genicht, temperatuur en samenstelling van koewelk en eenige ondere waterrijke vochten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 11. S. 899.

Eigenberger, F., Zur Kritik der klinischen Verwertbarkeit von Gefrierpunktsuntersuchungen. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 166.

Elias, H., und E. Schubert, Über die Rolle der Säure im Kohlenhydratstoffwechsel. III. Mitteilung. Säure und Muskelglykogen. Biochem. Zeitschr. H. 3 u. 4. S. 229.

Embden, G., Über den chemischen Kreislauf der Kohlehydrate und seine krankhaften Störungen. Therap. Monatsh. H. 9. S. 315.

Euler, H., und S. Heintze, Über die Rolle der Phosphate bei der alkoholischen Gärung. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 5 u. 6. S. 252.

Euler, H., und O. Svanberg, Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung und Bildung der Enzyme. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 176.

Feigl, J., Neue Beiträge zur Kenntnis der physiologischen Lezithinämie. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 361.

Feigl, J., Über das Vorkommen und die Verteilung von Fetten und Lipoiden im Blute (Plasma) des Menschen bei Diabetes mellitus. Chemische Beiträge zur Kenntnis der Entwicklung und des Aufbaues spezifischer Lipämien. Biochem. Zeitschr. H. 3 u. 4. S. 173.

Feigl, J., Über das Vorkommen und die Verteilung von Fetten und Lipoiden im menschlichen Blutplasma bei Ikterus und Cholämie. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 1 u. 2. S. 1.

Feulgen, R., Bestimmung der Purinbasen in Nukleinsäuren nach huminfreier Spaltung. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 5 u. 6. S. 294.

Feulgen, R., und G. Landmann, Das Verhalten der Thyminsäure zu Phenylhydrazin. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 5 u. 6. S. 262.

Fischer, Über Reststickstoffbestimmung im Blutserum. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 5 u. 6. S. 266.

Flohr, A. L., De invloed van saponine op de werking van lipasen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 14. S. 1177.

Franck, H. H., Die Ausnützung synthetischer Fettsäureglykolester beim Hunde und beim Menschen. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1216.

Fürth, O. v., und F. Bubanović, Untersuchungen über die Diffusion von Elektrolyten in Gallerten. I. Über die Abhängigkeit des Diffusionsweges von der Konzentration. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 265.

Grote, L. R., Über die Beziehungen der Muskelarbeit zum Blutzucker. Halle. Carl Marhold. 55 S. mit 57 Kurven.

Hammarsten, O., Einige Bemerkungen über das Erbsenlegumin. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 105.

Hekman, J., en A. van Meeteren, Het suiker-splitsend vermogen van het bloed, in zijn beteekenis voor het wezen der suikerziekte onderzocht. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 7. S. 497.

Heller, L., Beiträge zur Chemie der Wassermannschen Reaktion. Biochem. Zeitschr. H. 3 u. 4. S. 166.

Jacoby, M., Über Bakterien-Katalase. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 5 u. 6. S. 350.

Jansen, W. H., Zur Frage über die Abhängigkeit des Eiweißbedarfs vom Mineralstoffwechsel. (Bemerkung zu der Mitteilung von Hofrat Dr. *C. Röse* und *Raquar Berg* in Nr. 37 dieser Wochenschrift.) Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1112.

Kafka, V., Über die Kolloidreaktionen der Rückenmarksflüssigkeit. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 669.

Katsch, G., Alkapton und Azeton. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 3 u. 4. S. 242.

Katsch, G., Homogentisinsäure als Chromogen. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1207.

Klaften, E., Die Alkalireaktion des Harnes. Med. Klin. Nr. 38. S. 935.

Klaften, E., Zur Technik des Bilirubinnachweises. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1018.

Köhler, R., und A. Luger, Zur Meiostagminreaktion mit Azeton-Lezithinextrakten. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1007.

Lautenschläger, C. L., Über die titrimetrische Bestimmung des Histidins und anderer Imidazolderivate. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 5 u. 6. S. 226.

Liebermann, L. v., Selektionshypothese. Versuch einer einheitlichen Erklärung der Immunität, Gewebsimmunität und Immunitätserscheinungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 46.

Loebner, C., Untersuchungen über das Blutserum bei Karzinom. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 5 u. 6. S. 397.

Meyerhof, O., Zur Kinetik der zellfreien Gärung. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 5 u. 6. S. 185.

Némec, A., Über die Verbreitung der Urease in den Getreidesamen. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 126.

Neuberg, C., und E. Reinfurth, Die Festlegung der Aldehydstufe bei der alkoholischen Gärung. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 5 u. 6. S. 365.

Neuberg, C., und M. Ringer, Über das Wesen der natürlichen Bernsteinsäurebildung. III. Mitteilung. Die Überführung von Aldehydopropion-

säure in Bernsteinsäure mittels Hefe. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 131.

Neuberg, C., und M. Ringer, Phytochemische Reduktionen. XIII. Der asymmetrische Verlauf der phytochemischen Hydrierung. Die Überführung von racemischem Valeraldehyd (d-, l-Methyläthylazetaldehyd) in linksdrehenden Amylalkohol. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 388.

Oppenheimer, W., Beitrag zur Methodik der Blutgerinnungsprüfung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. S. 700.

Perutz, A., und M. Rosemann, Über eine biologische Methode zur direkten quantitativen Bestimmung des Fibrinogens im Blute. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 1 u. 2. S. 53.

Porak, R., et Texier, Valeur pratique de la glycuronurie (spécialement étudiée dans le paludisme). Presse méd. Nr. 50. S. 462.

Reitz, A., Die Chemie des Blutes. Hyg Nr. 9. S. 82.

Reitz, A., Kolloide als Lebensgrundlage. Hyg Nr. 15. S. 136.

Rodella, A., Einige Bemerkungen über den Nachweis von Milchsäure im Magen und dessen Bedeutung. Beziehungen zwischen Milchsäure und Salzsäure. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 36. S. 1210.

Sachs, H., und W. Georgi, Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klin. Nr. 33. S. 805.

Salomon, C., Über die kolorimetrische Bestimmung des Blutzuckers durch Reduktion der Pikrinsäure. (Beiträge zur Kenntnis der Methode und ihrer Anwendung in der Pathochemie.) Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 1 u. 2. S. 39.

Schanz, F., Biochemische Wirkungen des Lichtes. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 10—12. S. 646.

Schmidt, P., M. Klostermann und K. Scholka, Weitere Versuche über Ausnützung von Pilzeiweiß. D. med. Woch. Nr. 32.

Schnur, H., und F. Urban, Zur Bestimmung der Harnstoff-Fraktion im Blute. Wien. klin. Woch. Nr. 32. S. 892.

Skutetzky, A., und M. Klaften, Zur Bewertung der neueren Farbenreaktionen des Harnes. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1016.

Steinitz, E., Über den Einfluß therapeutischer Maßnahmen auf den Harnsäuregehalt des Blutes und die Verwertung der Beobachtungen für die Gichttherapie. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 398.

Stepp, W., Über den Cholesteringehalt des Blutes bei verschiedenen Formen der Brightschen Krankheit. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 5 u. 6. S. 439.

Straub, H., und K. Meier, Blutgasanalysen. II. Mitteilung. Hämoglobin als Indikator. Ein Beitrag zur Theorie der Indikatoren. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 305.

Thannhauser, S. J., und G. Dorfmüller, Experimentelle Studien über den Nukleinstoffwechsel. V. Mitteilung. Über die Aufspaltung des Purinringes durch Bakterien der menschlichen Darmflora. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 198.

Thévenon et Rolland, Procédé de recherche du sang dans l'urine, les matières fécales et les liquides pathologique. Presse méd. Nr. 46. S. 425.

Verzár, F., Untersuchungen über den Zusammenhang verschiedener Stoffwechselprozesse bei Bacterium coli commune. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 1.

Verzár, F., und J. Bögel, Beeinflussung der Säure- und Alkalibildung von Bacterium coli commune. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 1 u. 2. S. 29.

Weichardt, W., und H. Apitzsch, Über Fermentanregung. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 337.

Windaus, A., Energische Oxydation des Cholesterins mit Salpetersäure. Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 160.

Wijnhausen, O. J., en H. A. Lubbers, De waarde van het onderzoek van den inhond van de nuchtere maag op amylum. Nederl. Tijdschr voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 13. S. 1097.

4. Mikrobiologie und Serologie.

Adamson, H. G., On disappointments of vaccine therapy. Lancet Nr. 4954.

Angerer, K. v., Zum Nachweis von Typhus-, Paratyphus- und Ruhrbazillen im Stuhl. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 907.

Arkuright, J. A., A. Bacot and F. Martin Duncan, Preliminary note on the association of Rickettsia bodies in lice with trench fever. Brit. med. Journ. Nr. 3012.

Ascoli, A., Diagnostic bactériologique dans la dysenterie. Presse méd. Nr. 39. S. 357.

Bell, A. S., and J. M. Harmer, A quick method of diagnosing the type of meningococcus in cases of cerebrospinal fever. Lancet Nr. 4950.

Berczeller, L., Über konstante Komplemente. Wien. klin. Woch. Nr. 42. S. 1125.

Bergeron, A., et E. Normand, De l'emploi d'une échelle colorimétrique naturelle dans la réaction de *Bordet-Wassermann*. Presse méd. Nr. 51. S. 472.

Bloch, H., et P. Hébert, Résistance du méningocoque au traitement sérique intrarachidien. Presse méd. Nr. 37. S. 337.

Cobbett, L., An acid-fast bacillus obtained from a pustular eruption. Brit. med. Journ. Nr. 3007.

Craig, C. W., and N. Hamilton Fairley, Typhus fever: observations on a serological test (*Weil-Felix*) reaction. Lancet Nr. 4960.

Csernel, E., Über Proteusagglutination bei Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 38. S. 1036.

Dieudonné, A., und W. Weichardt, Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. Neue umgearbeitete Aufl. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 230 S. Brosch. 10 Mk., geb. 12 Mk.

Doflein, F., Weitere Mitteilungen über mazedonische Malariamücken. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1214.

Douglas, J. S. C., and J. W. Bigger, A note on the loss of complementing power in kept serum. Lancet Nr. 4950.

Edelmann, A., Zur Bakteriologie der gegenwärtig herrschenden Epidemie. Wien. klin. Woch. Nr. 32. S. 891.

Epstein, E., Zur Frage der Spezifität der X-Stämme und der Weil-Felixschen Agglutination bei Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 36. S. 989.

Eisenberg, P., Über Gram-elektive Züchtung. Bemerkungen zu dem Artikel von Prof. *Gassner* in Nr. 32 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1079.

Felix, A., und F. Mitzenmacher, Weitere Untersuchungen über den Nachweis der O- und H-Rezeptoren bei den Proteusstämmen. Wien. klin. Woch. Nr. 36. S. 988.

Fletcher, W., Abstract of a paper on capsulate mucoid forms of paratyphoid and dysentery bacilli. Lancet Nr. 4952.

Frawiński, A., und O. A. P. György, Zur Kenntnis der Bakterien der Fäkalis-Alkaligenes-Gruppe. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 275.

Freund, J., Über die Hirschfeld-Klingersche Gerinnungsreaktion bei Lues. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1078.

Frey, E., Über klinisch-experimentelle Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Serofermentreaktion und ihre Ausführung unter quantitativen Bedingungen. Arch. f. Gyn. Bd. 110. H. 1. S. 103.

Friedberger, E., Zur Frage der Spezifität der X-Stämme und der Weil-Felixschen Agglutination bei Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 41. S. 1113.

Fürst, Variationserscheinungen bei Paratyphus A. Arch. f. Hyg. Bd. 817. H. 5 u. 6. S. 270.

Gassner, G., Über Gram-elektive Züchtung. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1143.

Gehrmann, O., Zur Klärung der Frage nach der Ruhrerregerschaft eines dysenterieähnlichen Bakteriums. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1025.

Heim, L., Lehrbuch der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden, Diagnostik und Immunitätslehre. Stuttgart. Ferd. Enke. 605 S. mit 216 Abb. im Text u. 19 mikrophotographischen Tafeln. 28 Mk.

Hirschbruch, A., und C. Börner, A-Meningokokken als Genickstarrerreger. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1072.

Horváth, D., Beitrag zur X 19-Frage. Wien. klin. Woch. Nr. 1035.

Hundeshagen, K., Zur Züchtung des Influenzabazillus. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1181.

Hueppe, Der bakteriologische Charakter der „Spanischen Krankheit". D. med. Woch. Nr. 32. S. 887.

Jousset, A., La sérothérapie à doses massives et le mythe de l'anaphylaxie. Presse méd. Nr. 44. S. 401.

Kallos, J., Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion. Wien. klin. Woch. Nr. 42. S. 1129.

Kapsenberg, G., Over de reactie van *Wassermann*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 8. S. 558.

Kaufmann, W. v., Über das Verhalten der Sera von an „Spanischer Krankheit" Leidenden zur Meineckeschen Lipoidbindungsreaktion. Med. Klin. Nr. 33. S. 809.

Kolle, W., H. Ritz und H. Schloßberger, Untersuchungen über die Biologie der Bakterien der Gasödemgruppe. Med. Klin. Nr. 35. S. 864.

Kraemer, C., Über positiven Wassermann im Liquor bei nicht luetischer Meningitis. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1131.

Lesser, F., Zur Serodiagnostik der Syphilis. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1158.

Lockemann, G., Beiträge zur Biologie der Tuberkelbazillen. 3. Mitteilung. Über den Einfluß von Lösungsstärke, Menge und Oberflächengröße der Nährlösungen auf das Wachstum der Tuberkelbazillen-Kulturen. D. med. Woch. Nr. 36. S. 992.

Löwi, E., Über ein Verfahren zur Beurteilung von Veränderungen der Farbe und Durchsichtigkeit bei Bakterienkulturen und chemischen Reaktionen. Wien. klin. Woch. Nr. 33. S. 920.

Malvor, E., et J. Lambinet, Infections microbiennes consécutives à la pénétration cutanée des larves de l'ankylostome. Mém. de l'Inst. Pasteur Bd. 32. H. 6. S. 243.

Mandelbaum, M., Zur Syphilisdiagnostik mit Hilfe der Fällungsreaktion nach *Sachs* und *Georgi*. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1180.

Matthews, J., On a method of preparing medium for the culture of *Pfeiffer's* influenza bacillus that gives profuse growth and is to a marked degree selective for this organism. Lancet Nr. 4952.

Maxkinnon, D. L., Notes on the intestinal protozoal infections of 1680 men examined at the University War hospital, Southampton. Lancet Nr. 4960.

Moignic, E. le, et A. Sézary, Nouvelle méthode de vaccination antityphoïdique: le lipovaccin T. A. B. Baillière et fils, éd. Paris. 1 vol 2 frs.

Nathan, E., Zur serologischen Diagnose der Syphilis mittels Ausflockung nach *Sachs* und *Georgi*. Med. Klin. Nr. 41. S. 1006.

Neufeld, F., und P. Papamarku, Zur Bakteriologie der diesjährigen Influenzaepidemie. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1181.

Otto, R., Über Immunitätsreaktionen mit dem Bazillus *Weil-Felix* und über seine ätiologische Bedeutung für das Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 35. S. 974.

Papin, P., et H. Stévenin, L'identification du méningocoque chez les porteurs de germes. Presse méd. Nr. 46. S. 423.

Pewny, W., Über antihämolytische Wirkung von Sera Malariakranker. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1084.

Pewny, W., Über Darmspirochäten. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1012.

Popoff, M., Über den Wert der Agglutinationsreaktionen bei der Diagnosestellung der Typhus-, Paratyphus- und Fleckfiebererkrankungen. Med. Klin. Nr. 31. S. 766.

Romme, M., Méningocoques et paraméningocoques. Presse méd. Nr. 38. S. 350.

Scherber, G., Über die Beziehungen der in den pseudotuberkulösen Geschwüren sive ulcus acutum vulvae sich findenden Bazillen zu den Scheidenbazillen *Döderleins*. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1005.

Schmitz, K. E. F., Ist der Bacillus dysenteriae *Schmitz* ein Ruhrerreger? D. med. Woch. Nr. 41. S. 1127.

Schürer, J., und G. Wolff, Der Nachweis der Ruhrbazillen bei chronischer Ruhr. D. med. Woch. Nr. 33. S. 915.

Snapper, J., De ontleding van bloed en bloedkleurstof door cholera- en tor-vibrionen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 11. S. 848.

Stein, B., und K. Weißmann, Über Bakterienbefunde und deren Bedeutung bei der jetzt herrschenden Influenzaepidemie (Spanisches Fieber). Wien. klin. Woch. Nr. 36. S. 993.

Thomson, D., A new method of preparing gonococcus antigen, and a new technique for the complement deviation test. Lancet Nr. 4950.

Valk Jr., J. W. van der, Over de klinische waarde van de reactie van *Wassermann*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 8. S. 605.

Wassermann, A. von, Über die Wassermannsche Reaktion und biologische Stadien der Lues in bezug auf Therapie sowie Bekämpfung der Syphilis. D. med. Woch. Nr. 33. S. 897.

Weil, E., und A. Felix, Über die Doppelnatur der Rezeptoren beim Paratyphus. Wien. klin. Woch. Nr. 36. S. 986.

Weil, E., und A. Felix, Zur Arbeit von *Epstein* in dieser Wochenschrift Nr. 36: Zur Frage der Spezifität der X-Stämme und der Weil-Felixschen Agglutination bei Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 43. S. 1158.

Whitehead, H., and J. Kirkpatrick, The isolation of dysentery bacilli from the faeces. Lancet Nr. 4953.

Wiesner, R. R. v., Streptococcus pleomorphus und die sogenannte Spanische Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 41. S. 1101.

Willmore, J. G., and C. H. Shearman, On the differential diagnosis of the dysenteries: the diagnostic value of the cell-exudate in the stools of acute amoebic and bacillary dysentery. Lancet Nr. 4955.

Wilson, W. J., and G. Darling, Useful media of isolation and cultivation of meningococcus, enterococcus and B. typhosus. Lancet Nr. 4952.

Zeiß, H., Die Züchtung des spezifischen Proteusstammes X 19 bei Fleckfieber. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 246.

Zilczer, J., Über den Wert der Agglutinationen bei der Dysenterie. Wien. klin. Rundschau Nr. 41 u. 42. S. 231.

5. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Abderhalden, E., Das Problem der Möglichkeit der Zurückführung bestimmter intrauterin entstehender Mißbildungen auf das Versagen gewisser mütterlicher oder auch fötaler Inkretionsorgane. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 506.

Alder, A. E., Über den osmotischen Druck im Blutserum Typhuskranker. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 32. S. 1072.

Bauer, H., Die zentrale Leberruptur und ihre Folgen. Ein Beitrag zur Pathogenese und Begutachtung der Leberabszesse. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. H. 1. S. 33.

Becker, E., Beobachtungen an einem Falle von persistierendem Ductus Botalli über eine seltene Welle im Venenpuls. Med. Klin. Nr. 36. S. 882.

Beckmann, K., Über einen eigenartigen Blutbefund bei tuberkulösem Granulom. Med. Klin. Nr. 35. S. 864.

Beust, A. v., Ein Fall von Ileus verminosus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1166.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 35. S. 959.

Blumenthal, F., Das Problem der Bösartigkeit beim Krebs. D. med. Woch. Nr. 33. S. 899.

Bohm, W., Über „periostale" Lipome. Bruns Beitr. Bd. 111. H. 2. S. 440.

Böhmig, K. H., Gehirntumor bei zwei Geschwistern. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 527.

Bolten, G. C., Over gezwellen van het harde ruggemergsvlies. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 6. S. 450.

Boruttau, H., Der plötzliche Tod durch Herzkammerflimmern. Die Umschau Nr. 42. S. 521.

Böttner, A., Über Melanurie und die Beeinflussung des Melanosarkoms durch Röntgenbestrahlung. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1176.

Burnford, J., A note on epidemics. Brit. med. Journ. Nr. 3003.

Busse, O., W. Silberschmidt und H. Meyer-Ruegg, Krebskrankheit. (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen.) Zürich. Rascher & Cie. Heft 4. 70 S. mit 3 Abb. im Text u. 3. Abb. auf Tafeln. Brosch. 2 Mk. 80 Pf.

Challamel, A., Comment apprécier les variations successives d'un éponchement pleural. Paris méd. Bd. 8. H. 15. S. 301.

Coudray, P., et Guiser, La trachéocèle. Presse méd. Nr. 38. S. 348.

Demolon, A., De la constitution histochimique des pus. Presse méd. Nr. 48. S. 443.

Dévé, F., Les vésicules hydatiques filles, leurs origines, leurs conditions pathogéniques. Presse méd. Nr. 45. S. 413.

Dietrich, A., Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Influenza im Felde. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 928.

Dubs, J., Über Hemiaplasie der Schilddrüse. Zentralbl. f. Chir. Nr. 42. S. 744.

Dufourmentel, L., et L. Frison, Septicémie d'origine bucco-dentaire. Presse méd. Nr. 45. S. 415.

Edberg, E., Studien über die sog. Osteochondritis coxae juvenilis. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 1. H. 1. S. 63.

Edelmann, A., und H. Lazánsky, Über eosinophile Zellen in Harnsedimenten. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Ureteritis membranacea. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1131.

Ehrenpreis, De la réunion primitive. Presse méd. Nr. 42. S. 395.

Ehrmann, R., Über Akromegaloidismus und zur Theorie der inneren Sekretion. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 393.

Ellermann, V., Myeloische Leukose mit periostaler Geschwulstbildung: a) bei einem Menschen, b) bei einem Huhn. Virchows Arch. Bd. 225. H. 2. S. 115.

Fahraeus, R., Über die Ursachen der verminderten Suspensionsstabilität der Blutkörperchen während der Schwangerschaft. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 516. S. 355.

Feilchenfeld, E. J., Zur Pathologie des Paratyphus A. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1159.

Feldmann, J., Paratyphus B-Bazillen in einem Eierstockabszeß. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1011.

Franckenberg, W., Beitrag zur Kasuistik der Lipome. Med. Klin. Nr. 42. S. 1035.

Fritzsche, R., Leiomyoma sarcomatodes des Magens. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 38. S. 1273.

Frugoni, C., e S. Pisani, Sulla patogenesi degli accessi di asma notturno essenziale e sintomatico di lesioni cardio renali. Rivista crit. di clin. med. Nr. 25—28.

Garnier, M., et J. Reilly, Les réactions sanguines au cours de la spirochétose ictérigène. 1e. Numération globulaire et formula leucocytaire. Arch. de Méd. exper. Bd. 27. H. 6. S. 611.

Gaspero, H. di, Über das Verhalten der weißen Blutzellen vor, bei und nach dem Ablaufe des epileptischen Symptomenkomplexes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 1118.

Gassul, R., Eine durch Generationen prävalierende symmetrische Fingerkontraktur. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1196.

Gerhardt, D., Beitrag zur Lehre vom Venenpuls (besonders über den systolischen Venenkollaps). D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 3 u. 4. S. 175.

Gerhartz, H., Über die Beziehungen zwischen Wasser- und Kochsalzretention. Zur Theorie der Ödembildung durch Salzzufuhr. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 395.

Glaus, A., und R. Fritzsche, Über den Sektionsbefund bei der gegenwärtigen Grippe-Epidemie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 34. S. 1123.

Goldschmid, E., Anatomische Befunde bei der Influenzaepidemie im Sommer 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1097.

Goldzieher, M., Über Basalzellenwucherungen der Bronchialschleimhaut. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. H. 18 u. 19. S. 506.

Grote, L. R., Beitrag zur Frage der akuten und chronischen hämolytischen Anämie mit Ikterus. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. S. 266.

Gruber, G. B., und A. Schädel, Zur pathologischen Anatomie und zur Bakteriologie der influenzaartigen Epidemie im Juli 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 905.

Haecker, V., Die Annahme einer erblichen Übertragung körperlicher Kriegsschäden. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 4. H. 1 u. 2. S. 1.

Haecker, V., Über Regelmäßigkeiten im Auftreten erblicher Normaleigenschaften, Anomalien und

Krankheiten beim Menschen. Med. Klin. Nr. 40. S. 977.

Haedke, Darmverschluß mit ungewöhnlichem anatomischen Befund. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1108.

Hamburger, H. J., Het gedrag der ineren tegenover glucose. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 12. S. 943.

Hertle, J., Tumor der Cauda equina durch Operation entfernt. Bildung einer Liquorzyste an der Operationsstelle. Neuerliche Operation. Heilung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 861.

Hoffmann, Ein 3¼ Jahr nach Schußverletzung in die Erscheinung tretendes Aneurysma der A. und V. femoralis im Adduktorenkanal. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1079.

Hoeßlin, H. v., Über multiple Lipome und ihre Beziehungen zur arthritischen und neuropathischen Konstitution. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 33. S. 529.

Hughes, D. M., Anomalous muscular action in nerve injuries. Brit. med. Journ. Nr. 3000.

Jaffé, R., Über nekrotisierende und ulzeröse Entzündungen im Dünndarm. Med. Klin. Nr. 37. S. 904.

Jaenicke, Erstickungstod durch Epiglottiszyste. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 10. S. 377.

Jansen, W. H., Blutbefunde bei Ödemkranken. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 925.

Jirásek, A., Einige Bemerkungen über malignes Ödem. Med. Klin. Nr. 40. S. 985.

Kirch, E., Über tuberkulöse Leberzirrhose, tuberkulöse Schrumpfnieren und analoge Folgeerscheinungen granulierender tuberkulöser Entzündung in Pankreas und Mundspeicheldrüsen. Virchows Arch. Bd. 225. H. 2. S. 129.

Klemensiewicz, Zur Lehre vom Ödem. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 842.

Kotzareff, A., Carcinome du colon descendant à cellules cylindriques, reconnaissable seulement au microscope. Formation d'une tumeur par stagnation de noyaux de cerises au colon descendant, à l'angle colique gauche et dans une partie du colon transverse. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 10. S. 611.

Kotzareff, A., Un cas de Chordome. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 30. S. 1007.

Kritzler, Bild eines Falles von Gundu (tropischer Nasengeschwulst). Med. Klin. Nr. 33. S. 816.

Kröncke, Ein Fall von Schwarzwasserfieber in Südbulgarien. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 18. S. 333.

Kummer, E., La dyschondroplasie ou maladie d'Ollier. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 9. S. 569.

Labbé, M., et G. Canat, Valeur pronostique de l'albumine sobubles et du sang contenus dans les fèces. Presse méd. Nr. 54. S. 499.

Ledermann, R., und C. Hirschmann, Über einen Fall von Aleppobeule mit Demonstration einer Moulage und mikroskopischer Präparate. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 20. S. 545.

Lewin, C., Die Diagnostik und Therapie der bösartigen Geschwülste in ihren Beziehungen zur Immunitätswissenschaft. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 10. S. 45.

Longin, L. A., Un succédancé blanc de l'emplâtre rouge de Vidal. Presse méd. Nr. 48. S. 445.

Loucka, V., Über Pferdepiroplasmose in Südost-Albanien. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1086.

Lubosch, W., Ein seltener Fall von Zwerchfellshernie. (Paariger Rezessus am Ligamentum suspensorium hepatis mit Omentum majus als Bruchinhalt im rechten Rezessus.) Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 9 u. 10. S. 249.

Lüdke, H., Klinische und experimentelle Untersuchungen über den hämolytischen Ikterus. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1098.

Ludwig, E., Zur Pathogenese und systematischen Stellung der Leberkavernome. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 18 u. 19. S. 497.

Maier, Über einen Fall von Gangrän beider Beine infolge Thrombose der Vena cava inferior im Anschluß an ein Puerperium. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 35. S. 309.

Majer, J., Einiges über „neuartige" Erkrankungen. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1012.

Maliwa, E., Über die sogenannte Ödemkrankheit (Entkräftungskrankheit). Wien. klin. Woch. Nr. 35. S. 957.

Matko, J., Der lymphatische Apparat und seine Beziehungen zur Vakzination. I. Typhusimpfstoff. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 3. S. 437.

Meulengracht, E., Ein teilweise mit Magenschleimhaut bekleidetes und den Sitz eines Ulcus pepticum bildendes Meckelsches Divertikel. Virchows Arch. Bd. 225. H. 2. S. 125.

Meyer, O., Zur Kenntnis der Endophlebitis hepatica obliterans. Virchows Arch. Bd. 225. H. 2. S. 213.

Moore, B., Early cardiac breathlessness and „buffer-salt" deficiency in the blood. Brit. med. Journ. Nr. 3000.

Moore, B., The reactivity of the blood in relation to cardiac breathlessness, surgical shock and allied conditions of the nervous and circulatory systems. Brit. med. Journ. Nr. 3010.

Nakata, T., Recherches sur la question de l'embolie graisseuse de la petite et de la grande circulations. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 8. S. 486.

Nakata, T., Nebennierenveränderungen nach Verbrennung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 38. S. 1283.

Neumann, W., und Ad. Suter, Beitrag zur Frage der Osteochondritis dissecans. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 3 u. 4. S. 219.

Neustadtl, Über Kolibazillosen. Der Militärarzt Nr. 7. S. 118.

Noordenbos, W., en R. de Josselin de Jong, Aneurysma arteriale racemosum van het hoofd. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 15. S. 1224.

Ottow, B., Zur Kenntnis der Echinokokkenzysten des Coecum rectouterinum im Kindesalter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. S. 681.

Picton, L. J., An attempt to breed tuberclе-immune cattle. Brit. med. Journ. Nr. 3007.

Plisson, L. Ramond et J. Pernet, Etude sur les plaies à streptocoques. Presse méd. Nr. 43. S. 393.

Probst, M., Zur Kenntnis der Entwicklungshemmungen des Gehirns. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 632.

Reingardt, A., Ein Beitrag zur Kasuistik des Hermaphroditismus. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 21/22. S. 146.

Reinhardt, Ad., Zur Entstehung der Massenblutung im Nierenlager (Haematoma perirenale) infolge Durchbruchs eines Aneurysmas der rechten A. voarica. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1052.

Ribbert, H., Die Arteriosklerose. D. med. Woch. Nr. 35. S. 953.

Ribbert, H., Über das Spongioblastom und das Gliom. Virchows Arch. Bd. 225. H. 2. S. 195.

Ribbert, H., Über den Begriff der Krankheit. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 169.

Rieser, S. E., Etwas vom Kropf. Hyg Nr. 11. S. 103.

Rissom, Die Scharabeule. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 15. S. 273.
Romme, M., Syndrome de fatique simulant la paralysie générale au début. Presse méd. Nr. 48. S. 444.
Rößle, R., Über die Lungensyphilis der Erwachsenen. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 992.
Ryssel, E. C. van, Een geval van tuberculeuse porphyrmilt. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 16. S. 1292.
Schlagenhaufer, F., Über Aneurysmata per arrosionem. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 15. S. 421.
Schlagenhaufer, F., Über Knochenbildung in den Lungen. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 17. S. 470.
Schmorl, G., Pathologisch-anatomische Beobachtungen bei der jetzt herrschenden Influenzaepidemie. D. med. Woch. Nr. 39. S. 937.
Schöppler, H., Pathologisch-anatomische und bakteriologische Befunde bei dem sog. Morbus Ibericus (1918). Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 873.
Schrottenbach, H., Beiträge zur Kenntnis der Pathologie der menschlichen Neurologie nach Studien an einem Falle von primärem idiopatischen Hydrocephalus internus mittels der Färbemethode von *Ramón y Cajal*. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 1086.
Schwermann, Ein Beitrag zur Pathologie der „Spanischen Krankheit". Med. Klin. Nr. 42 S. 1040.
Siegmund, H., und H. Beitzke, Fettembolie als Ursache von Schockerscheinungen nach Verletzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1076.
Simmonds, M., Zur Pathologie der diesjährigen Grippe. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 873.
Simons, A., Familiäre Trommelschlegelbildung und Knochenhypertrophie. Kriegsbeobachtungen. II. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 301.
Sperling, Der dicke Bauch als Krankheit vor, in und nach dem Kriege. Ther. d. Gegenw. H. 10. S. 340.
Steckelmacher, S., Ein Beitrag zur Kenntnis der hyperplastisch porotischen Osteoperiostitis (Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique *Marie*). D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 3 u. 4. S. 242.
Stewart, J. P., A clinical lecture on ischaemie myositis. Brit. med. Journ. Nr. 3007.
Fachau, H., Gasanalytische Untersuchungen bei künstlichem Pneumothorax. IV. Mitteilung. Beizwirkung eines nicht körperadäquaten Gases auf die Pleura. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 258.
Theilhaber, A., Die Erzeugung einer akuten Entzündung in den Unterleibsorganen. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 877.
Tomaschny, Ein weiterer Fall von Verschwinden eines Lipoms bei allgemeiner Abmagerung. Med. Klin. Nr. 40. S. 993.
Tribondeau, L., Two new french methods for staining blood films and blood. Lancet Nr. 4953.
Vaquez, H., Introduction à l'étude des maladies du coeur. Presse méd. Nr. 38. S. 345.
Vermeulen, H. A., Over hypophysioafwijkingen bij huisdieren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 13. S. 1130.
Vries, W. M. de, Overzicht over 518 gevallen van kanker (September 1909—October 1916). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 13. S. 1087.
Walz, K., Pathologisch-anatomische Erfahrungen an Kriegsteilnehmern. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 39. S. 342.
Wegelin, C., Über Lymphfollikel mit Keimzentren im Thymusmark. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 16. S. 443.
Wohlwill, F., Pathologisch-anatomische Untersuchungen am Zentralnervensystem klinisch nervengesunder Syphilitiker (mit Einschluß der kongenitalen Syphilis). Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 733.
Zondek, H., Das Myxödemherz. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1180.
Zurhelle, E., Zur Kenntnis der tuberkulös bazillären Spermatozystitis (nach *Simmonds*). Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 17. S. 465.

6. Pharmakologie und Toxikologie.

1. Allgemeine Pharmakologie, Pharmazie.

Amsler, C., und E. P. Pick, Zur Pharmakologie der Wärmenarkose des Kaltblüterherzens. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 52.
Bachem, C., Neuere Arzneimittel, ihre Zusammensetzung, Wirkung und Anwendung. 2. verbesserte Aufl. (Sammlung Göschen Nr. 669.) Berlin u. Leipzig. G. J. Göschensche Verlagsbuchh. G. m. b. H. 146 S. 1 Mk. 25 Pf.
Binet, L., Les modifications du sang dans l'anesthésie générale. Presse méd. Nr. 50. S. 463.
Coronedi, G., La prescrizione medicinale nel momento presente. Rivista crit. di clin. med. Nr. 22.
Danysz, J., Traitement anti-anaphylactique de l'asthme, de certaines dermatoses et des troubles gastrointestinaux. Presse méd. Nr. 40. S. 367.
Führer, H., und W. Straub, Sollen in das neue Arzneibuch pharmakologische Wertmessungen der Arzneimittel Aufnahme finden? D. med. Woch. Nr. 37. S. 1016.
Giemsa, G., und J. Halberkann, Der Wert des Kaliumquecksilberjodides zur Ermittelung des Chinins im Harn. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 972.
Harden, A., and S. S. Zilva, A note on the susceptibility of the antiscorbutic principle to alkalimity. Lancet Nr. 4958.
Hartmann, O., Über den Einfluß von Temperatur und Konzentration auf die Giftigkeit von Lösungen, besonders von Elektrolyten. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 10—12. S. 585.
Hulshoff Pol, D. J., Oorlogsbruin-en witbrood. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 8. S. 573.
Katz, G., Über den Einfluß der Narkotika auf die Durchlässigkeit von Blutkörperchen für Traubenzucker und Harnstoff. Biochem. Zeitschr. Nr. 3 u. 4. S. 153.
Krauß, H., Arznei-Beschaffung im Weltkriege. Hyg Nr. 11. S. 99.
Lang, E., Versuche über die Durchlässigkeit der Froschhaut für Gifte. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 1.
Loewe, S., und G. Magnus, Zur Pharmakologie der Wundbehandlung. Therap. Monatsh. H. 8. S. 265.
Mansfeld, G., Zu meiner Mitteilung: Über Emulsionstherapie. Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 996.
Mellin, Pharmazeutische Vorschläge. D. med. Woch. Nr. 36. S. 997.
Rieder, Jos., Geprüfte Rezepte. Die Umschau Nr. 41. S 512.
Starkenstein, E., Klinische Pharmakologie. Theorie und Praxis am Krankenbette. Ther. d. Gegenw. H. 9. S. 289.
Starling, E. H., The significance of fats in the diet. Brit. med. Journ. Nr. 3005.
Stohr, F., Arzneimittelbewirtschaftung. Wien. med. Woch. Nr. 35. S. 1541.
Uhlmann, Fr., Weiterer Beitrag zur Pharmakologie der Vitamine. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 10—12. S. 457.

2. *Einzelne Arzneimittel.*

Auvermann, H., Zur Kenntnis der Wirkungen des Imidazols. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 155.

Baer und Klein, Trypaflavin, ein metallfreies Antigonorrhoikum. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 970.

Bayer, C., Essigsaure Tonerde. Zentralbl. f. Chir. Nr. 38. S. 668.

Bergmann, H., Arsenspeicherung und -ausscheidung nach Einverleibung von Salvarsanserum- und Salvarsanwasserlösungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 348.

Binet, L., L'action de l'adrénaline sur le tube gastrointestinal. Presse méd. Nr. 44. S. 407.

Boruttau, H., Über hypnagoge Baldrianwirkung. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1109.

Bruïne Ploos v. Amstel, P. J. de, Über Wund- und innere Behandlung von verschiedenen Krankheiten mit reiner amorpher Kohle. v. Volkmanns. Samml. klin. Vortr. Nr. 747/48. S. 493.

Christopherson, J. B., The successful use of antimony in bilharziosis administered as intravenous injections of antimonium tartaratum (tartar emetic). Lancet Nr. 4958.

Feilchenfeld, J., Über Harnstoff als Diureticum. Ther. d. Gegenw. H. 8. S. 273.

Fischer, W., Die Erfahrungen über die Chloräthyl-Narkose. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1080.

Giemsa, G., Über Arsalyt. D. med. Woch. Nr. 35. S. 968.

Gustafssom, Unsere Erfahrungen mit Choleval. Münchn. med. Wooh. Nr. 44. S. 1217.

Hapke, Das Beruhigungs- und Einschläferungsmittel Valamin. Med. Klin. Nr. 42. S. 1042.

Holste, A., Das Verbenalin; Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 3. S. 483.

Kelemen, G., Der Einfluß von Atropin auf den respiratorischen Gaswechsel und die Blutgase. Biochem. Zeitschr. Bd. 89. H. 5 u. 6. S. 338.

Kobert, R., Über das Mallebreïn. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1188.

Kolle, W., Experimentelle Studien zu *Ehrlichs* Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über Salvarsanpräparate. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1177; Nr. 44. S. 1211.

Kuenen, W. A., De emetine-behandeling der acute en chronische amoebiasis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 16. S. 1340.

Küster, E., und H. Wolff, Zur Behandlung von Typhusbazillenträgern mit Zystinquecksilber und Zystinal nach *Stuber*. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1182.

Loeser, A., Versuche mit Vuzin (Isoctylhydrocupreinum bihydrochloricum) in der Gynäkologie und bei Sepsis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. S. 697.

Lomholt, S., Die Zirkulation des Quecksilbers im Organismus. Arch. f. Derm. Bd. 126. H. 1. S. 1.

Mauté, A., Traitement des streptococcies cutanées par les sels de cuivre en applications locales et les injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal. Presse méd. Nr. 41. S. 377.

Meyer, E., Über die Verwendbarkeit des Kalzibrams. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1138.

Morgenroth, J., Die Therapie der Malaria durch Chinaalkaloide und ihre theoretischen Grundlagen. D. med. Woch. Nr. 35. S. 961; Nr. 36. S. 988.

Murray, W. A., A note on the treatment of malaria by disodoluargol. Lancet Nr. 4959.

Neufeld, F., Fawestol-Betalysol-Kresotinkresol. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von *Ditthorn* und *Borinski* in Nr. 31 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1015.

Neuschaefer, Trypaflavin, ein sehr wirksames, ungiftiges Antiseptikum. Med. Klin. Nr. 34. S. 839.

Oppenheim, H., Über zwei neue Sedativa. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 41. S. 161.

Pépin, G., Quinine et paludisme. Presse méd. Nr. 53. S. 492.

Polak, J. B., und A. J. L. Terwen, Über Erythrophlein. I. Mitteilung: Die Wirkung des Erythrophleins auf das isolierte Froschherz. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 3. S. 361.

Reischer, M., Erfahrungen mit „Theazylon" *Merck*. Ther. d. Gegenw. H. 10. S. 346.

Roux, F., Traitement du paludisme par les injections intraveineuses de collobiase de quinine. Presse méd. Nr. 36. S. 333.

Santesson, C. G., Einiges über Chininwirkung auf Froschmuskeln. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 177.

Savery, H. Mearns, The value of flavine. A clinical appreciation. Brit. med. Journ. Nr. 3011.

Schmidt, Über Mekonal, ein Schlafmittel. Med. Klin. Nr. 38. S. 939.

Scholz, H., Zur Frage der Chiningewöhnung. D. med. Woch. Nr. 35. S. 965.

Schönfeld, F., Über die fiebererzeugende Wirkung von Paraffinsolen. (Physikalisch-chemische und pharmakologische Untersuchungen.) Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 88.

Schwarz, S., Erfahrungen mit der kolloiden Silberlösung Argentokoll. Klin.-therap. Woch. Nr. 33 u. 34. S. 262.

Spiro, P., Über die Wirkung der Diuretika der Purinreihe auf den Stoffaustausch zwischen Blut und Geweben. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 123.

Turan, F., Die intravenöse Anwendung von Calciumchlorid ($CaCl_2$) gegen die nervöse Tachykardie. Med. Klin. Nr. 32. S. 790.

Veil, W. H., Über das Wesen der Theozinwirkung. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1119.

Wyß, E., Über ein neues Vollpräparat aus Opium Pavon „Ciba". Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1175.

Zlocisti, Th., Skeptisches zur Bolustherapie. Therap. Monatsh. H. 10. S. 388.

3. *Toxikologie.*

Bauer, J., und A. Fröhlich, Die Wirkung von Gefäßmitteln nach Adrenalinvergiftung. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 1—3. S. 33.

Cohn, P., Ein eigenartiger Fall von akuter Arsenintoxikation des Auges. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1137.

Fahr, Th., Leberschädigung und Chloroformtod. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1218.

Honig, P. J., Malaria of chinine-vergiftiging? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 8. S. 580.

Horst, C. E. van der, Een geval van chininevergiftiging. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 10. S. 798.

Ilzhöfer, H., Beiträge zur Giftwirkung aromatischer Nitroverbindungen. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 213.

v. Jagić, und J. Lipiner, Zur Symptomatologie der Pilzvergiftungen. Wien. klin. Woch. Nr. 38. S. 1029.

Koelsch, F., Gewerbliche Schädigungen durch Benzol und seine Nitro-Abkömmlinge. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 9. S. 3.

Kolb, R., Gehäufte Atropinvergiftungen nach Tollkirschengenuß. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1197.

Krauß, H., Der Tod im Ährenfeld. (Strahlenpilz und Mutterkorn.) Hyg Nr. 10. S. 93.

Kuznitzky, E., Über zwei noch nicht beschriebene Nebenwirkungen bei Salvarsanbehandlung der Syphilis. D. med. Woch. Nr. 34. S. 939.

Lidth de Jeude, A. P. van, Quantitative Untersuchungen über den Antagonismus von Giften. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 10—12. S. 523.

Merkel, H., Über Kohlenoxyd-Hämoglobinbildung in der Einschußwunde bei Nahschüssen. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 18. S. 379.
Pensky, E., Ein Fall von Nirvanolvergiftung. Med. Klin. Nr. 38. S. 939.
Pichler, K., Vergiftung durch Einatmen von Äthylmerkaptan. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 43. S. 689.
Steiner, O., Über Dinitrobenzolvergiftungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1131.
Suchy, S., Über Nikotinvergiftung. Wien. med. Woch. Nr. 32. S. 1422.
Turner, Ph., A case of sudden death after an anaesthetic in a latent case of shell gas prisoning. Lancet Nr. 4160.
Welcker, A., Doodelijke vergiftiging (abortus criminalis) door oleum sabinae. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 16. S. 1307.
Zeißl, M. v., Die angeblichen Salvarsanschädigungen. Wien. med. Woch. Nr. 35. S. 1521.

7. Physikalische Therapie.

1. *Bäder und Kurorte, Klimatologie, Heliotherapie.*

Bogdanik, J., Höhenklima, Bergkrankheit, künstliche Höhensonne. Klin.-therap. Woch. Nr. 33 u. 34. S. 254.
Ehrenreich, M., Die Heilung der habituellen Stuhlträgheit durch Trinkkuren in Kurorten. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 338.
Glax, J., Allgemeine Übersicht. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 44.
Middendorp, P. B., De zonlichtbehandeling der tuberculose. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 6. S. 427.

2. *Hydrotherapie, diätetische Kuren.*

Brieger, L., Einige hydrotherapeutische Winke für die Praxis. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 229.
Heinsheimer, F., Einiges über Diätkuren in der Kriegszeit. Therap. Monatsh. H. 9. S. 326.
Zuntz, N., und A. Loewy, Weitere Untersuchungen über den Einfluß der Kriegskost auf den Stoffwechsel. Biochem. Zeitschr. H. 3 u. 4. S. 244.

3. *Elektrotherapie, Thermotherapie.*

Laqueur, A., Praktische Bemerkungen zur Diathermiebehandlung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 242.
Porten, E. v. d., Die Anwendung der d'Arsonvalisation bei Spondylitis deformans. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 10. S. 403.

4. *Strahlenlehre.*

Albers-Schönberg, Zur neuen Lilienfeld-Kochschen Röntgenröhre. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1138.
Bach, H., Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne". 4. ergänzte Aufl. Würzburg. Curt Kabitzsch. 128 S. mit 18 Abb. im Text. Brosch. 7 Mk., geb. 8 Mk. 50 Pf.
Roquette, M. de la, Atlas d'anatomie pour l'électro-diagnostic et physiothérapie. Paris. J. B. Baillière et fils, éd. 1 vol. in -16. 104 S. 10 frs.
Bucky, Die Schädigung durch Röntgenstrahlen und ihre strafrechtliche Beurteilung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 1.
Dessauer, F., Weitere Untersuchungen über das Gebiet der sehr harten Röntgenstrahlen und ihre Anwendung in der Tiefentherapie. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1026.
Fernau, A., Physik und Chemie des Radiums und Mesothor für Mediziner. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1077; Nr. 43. S. 1160.
Foveau de Courmelles, Précis d'électro-radiologie, électro-radio-diagnostic, électro-radio-radiumthérapie. Paris. O. Doin et fils, éd. 1 vol. in -8°. 284 S. 146 Abb. 6 frs.
Herwerden, M. A. van, De invloed van radiumstralen op de eicellen van Daphnia pulex. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 10. S. 838.
Küpferle, L., und J. E. Lilienfeld, Zur praktischen Dosimetrie der Röntgenstrahlen. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1164.
Kuyjer, J. H., Radio-therapeutische en radiochirurgische behandeling van huidkankers. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 9. S. 734.
Lindemann, W., Über die Bedeutung des Mineralstoffwechsels in der Strahlentherapie. (Selbstsensibilisierung des Darmes.) Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1048.
Mühlmann, E., Zur Röntgenbehandlung der Lymphdrüsentuberkulose. D. med. Woch. Nr. 36. S. 999.
Opitz, E., Über stark gefilterte Röntgen- und Radiumstrahlen. Med. Klin. Nr. 33. S. 225.
Schanz, F., Biologische Wirkungen des Lichtes. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 38.
Schlesinger, E., Zur Radiumbehandlung des Krebses, insbesondere des Rektumkarzinoms. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 249.
Steiger, M., Zur Frage der Zinkfilterung bei der Intensivröntgentiefentherapie. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 35. S. 585.
Stepp, W., und P. Cermak, Über die bewußte Erzeugung und Verwertung der Sekundärstrahlen be. der Röntgentherapie. Münchn. med. Woch. Nr. 40i S. 1102.
Warnekros, K., Die Homogen-Bestrahlung des Uteruskarzinoms durch Summation der Röntgen- und Radiumenergie. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 36. S. 620.
Wintz, H., und L. Baumeister, Neue Hilfsmittel zur Röntgen-Tiefentherapie. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1050.

8. Innere Medizin.

1. *Allgemeines. Allgemeine Diagnostik und Therapie.*

Abrahams, A., and N. F. Hallows, Five cases of rapid decease in young men. Lancet Nr. 4956.
Boas, J., Zur diagnostischen Bewertung des okkulten Blutnachweises. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1076.
Bogdanik, J., Höhenklima, Bergkrankheit, künstliche Höhensonne. Klin.-therap. Woch. Nr. 35 u. 36. S. 274.
Bresler, Über Merkweh. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 21/22. S. 111.
Budde, W., Über die Behandlung mit künstlicher Höhensonne. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1123.
Dapper-Saalfels, C. v., Fünfundzwanzigjährige Sanatoriumserfahrung über Durstkuren. Therap. Monatsh. H. 9. S. 307.
Deelman, H. T., Diagnostische punctie bij gezwellen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 9. S. 744.
Fraenckel, P., Die Verwertung der Temperaturkurve zur nachträglichen Erkennung von Krankheitszuständen. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 47.
Goldscheider, Über die krankhafte Überempfindlichkeit und ihre Behandlung. Zeitschr. f. psych. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 10. S. 379.
Hach, K., Zur Frage der Ernährungsschädigung und der Hungerkrankheit. D. med. Woch. Nr. 36. S. 996.
Hughes, E., A clinical study of craniotabes. Lancet Nr. 4950.

Kämmerer, H., Zur Erleichterung der bakteriologischen Blutuntersuchung außerhalb der Klinik. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 971.

Klopstock, M., und A. Kowarsky, Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. 5. umgearbeitete u. vermehrte Auflage. Wien. Urban & Schwarzenberg. 502 S. mit 36 Abb. u. 24 farbigen Tafeln. Geb. 15 Mk.

Liebermann, L. v., Immunität und eine neue Erklärung ihres Zustandekommens. Die Umschau Nr. 39. S. 473.

Meyrich, O., Blutuntersuchungen an Jugendlichen. (Pädagogisch-psychologische Arbeiten Bd. 8. H. 1.) Leipzig. Dürrsche Buchh. 79 S. mit zahlreichen Tabellen, 2 Kurven u. 15 Tafeln. Geh. 8 Mk.

Penzoldt, F., und R. Stintzing, Handbuch der gesamten Therapie. 5. Aufl. 33.—34. Lieferung. Jena. Gustav Fischer. S. 1—384 mit 71 Abb. im Text. à Lieferung brosch. 5 Mk.

Pescher, J., Education et entraînement de la fonction respiratoire chez les malades et les blessés par les exercises gradués de la méthode spiroscopique. Presse méd. Nr. 41. Suppl. S. 481.

Peyret, O., Au sujet d'un procédé de percussion: la percussion immédiate bimanuelle pour rechercher la matité massive comme signe de la tuberculose pulmonaire. Presse méd. Nr. 42. S. 387.

Pönitz, K., Über eine Suggestivebehandlung des Singultus. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 21/22. S. 141.

Schäfer, A., Intravenöse, intramuskuläre und rektale Infusion körpereigenen Blutes nach schweren Blutungen. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 908.

Schmidt, A., Nacht und Schlaf bei Krankheiten. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1 u. 3. S. 58.

Strauß, H., Unterernährung als Heilfaktor. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 23.

Strümpell, A., Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 2. Bd. 20. vielf. verbesserte u. vermehrte Auflage. Leipzig. F. C. W. Vogel. 937 S. mit 160 Abb. im Text u. 6 auf Tafeln. Brosch. 15 Mk., geb. 19 Mk.

Stutzin, J. J., Über „intraarterielle Desinfektion". D. med. Woch. Nr. 43. S. 1196.

Szily, P. v., Über „Milchtherapie". Wien. med. Woch. Nr. 39. S. 1715.

Volkmann, Joh., Sommerzeit und Messung der Körperwärme. D. med. Woch. Nr. 32. S. 886.

Wolff-Eisner, A., Über Proteinkörpertherapie. (Bemerkung zu obiger Arbeit von Herrn *W. Weichardt* in Nr. 22 der Münchn. med. Woch.) Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 938.

2. *Infektionskrankheiten (exkl. Tuberkulose).*

Adamson, R. H. B., and H. Palmer Jones, Notes on three fatal cases of B. aertrycke infection. Brit. med. Journ. Nr. 3012.

Alexander, A., Die Behandlung der septischen Erkrankungen mit Silberpräparaten. Therap. Monatsh. H. 10. S. 384.

Alphen, G. van, Spaansche griep (?) met doodelijken afloop. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 6. S. 449.

Arnoldi, W., Die Leukozytose in ihrer Beziehung zur Klinik des Fleckfiebers, Fünftagefiebers, der Arthigonvakzinierung usw. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 191.

Arzt, L., Wie schütze ich mich gegen Mückenstich und dadurch gegen die Malaria? Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1180.

Arzt, L., Richtlinien für die Therapie der Malaria. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1177.

Bead, G. H., Notes on récent epidemic of smallpox in the field. Lancet Nr. 4955.

Becher, E., Zur Klinik der Influenza von 1918. Med. Klin. Nr. 41. S. 1009.

Beckmann, K., Über Darmblutungen nach epidemischer Grippe. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1106.

Bérard, L., et A. Lumière, Le traitement des tétaniques. Presse méd. Nr. 51. S. 469.

Bergmann, G. v., Die spanische Krankheit ist Influenza vera. D. med. Woch. Nr. 34. S. 933.

Berkholz, A., Zur Klinik der bazillären Ruhr. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 18. S. 482; Nr. 19. S. 512.

Bernhardt, G., Die Ursachen der Grippe von 1918. Die Umschau Nr. 36. S. 433.

Bircher, E., Zur Grippeepidemie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 40. S. 1338.

Boeckler, Über einen typischen Druckpunkt bei Influenza. Med. Klin. Nr. 35. S. 860.

Bonhoff, H., Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1153.

Brohn, Fleckfieber ohne Exanthem. Bemerkungen zu der Arbeit von *Christian Schöne* in Nr. 36 der Münchn. med. Woch. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1188.

Brun, H. de, La mammite paludéenne. Presse méd. Nr. 47. S. 430.

Buchanan, G. S., Study of an outbreak of bacillary dysentery. Lancet Nr. 4954.

Burchard, A., Über den Nachweis von Veränderungen an den Schienbeinen beim Fünftagefieber und anderen fieberhaften Erkrankungen. Med. Klin. Nr. 33. S. 810.

Chalmers, A. K., On some unusual forms of epidemic disease. General report. Lancet Nr. 4950.

Chelmicki, A., Eine Kombination von Typhus abdominalis und Masern bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde. Med. Klin. Nr. 34. S. 837.

Clemm, W. N., Ein Fall von Varizellenerkrankung beim Erwachsenen. Ther. d. Gegenw. H. 9. S. 328.

Delbrück, F. v., Über die Vorzüge der kombinierten Serumbehandlung bei Diphtherie. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1208.

Demiéville, P., Le traitement de la grippe. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 38. S. 1270.

Diehl, Beitrag zur Fleckfieberdiagnostik. Med. Klin. Nr. 37. S. 908.

Doerrenberg, O., Tetanusbehandlung durch endokranielle Seruminjektion nach *Betz-Duhamel.* Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 879.

Dorner, G., Klinische Studien zur Pathologie und Behandlung der Diphtherie, auf Grund der Erfahrungen bei der Diphtherie-Epidemie in Leipzig 1914—1916. (Arbeiten aus der med. Klinik zu Leipzig von Prof. *A. Strümpell* H. 3.) Mit einem Vorwort von *A. Strümpell.* Jena. Gustav Fischer. 136 S. mit 6 Abb., 11 Kurven u. 1 Kurventafel im Text. Brosch. 6 Mk.

Dreesen, H., Über wolhynisches Fieber. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 17. S. 457.

Eckstein, L., Über die Serumbehandlung der akuten Bazillenruhr. Wien. med. Woch. Nr. 39. S. 1724.

Elias, H., Alkalitherapie bei komatöser Cholera. Therap. Monatsh. H. 9. S. 311.

Enklaar, W. F., en S. van der Veen, Een 750-tal gevallen van Spaansche griep in het garnizoen Assen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 6. S. 442.

Fleischmann, Über die Spanische Krankheit. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 16. S. 425.

Flusser, E., Zur Pathologie und Klinik der Grippe 1918. Wien. klin. Woch. Nr. 42. S. 1133.

Frischbach, J., Zur Klinik der Lyssa und der Impflyssa. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 149.

Garnier, M., et J. Reilly, L'élimination des spirochètes par l'urine dans la spirochétose ictérogène chez l'homme. Presse méd. Nr. 55. S. 505.

Gärtner, H., Beitrag zur Behandlung des schweren Tetanus. Zentralbl. f. Chir. Nr. 39. S. 586.

Gioseffi, M., Ein Fall von Leishmaniosis-Kala-Azar. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 910.

Gioseffi, M., Das Fazialisphänomen bei einigen Infektionskrankheiten. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 938.

Gioseffi, M., Zum Aufflackern der Malaria. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1084.

Gotch, O. H., and H. E. Whittingham, A report on the influenza-epidemic of 1918. Brit. med. Journ. Nr. 3004.

Gottstein, A., Zur Grippeepidemie. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1128.

Gruber, Gg. B., und A. Schaedel, Praktische und theoretische Gesichtspunkte zur Beurteilung der Bazillenruhr. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 957.

Hamburger, R., Untersuchungen über Ruhr. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 202.

Heidler, H., Perforationsperitonitis bei Paratyphus. Wien. klin. Woch. Nr. 38. S. 1062.

Helly, K., Zur Rolle der Milz und Leber bei Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 955.

Herzog, F., Beobachtungen bei dem sogenannten Fünftagefieber. Med. Klin. Nr. 36. S. 881.

Hirschbruch, Über die ansteckende Lungenentzündung (Spanische Krankheit). D. med. Woch. Nr. 34. S. 935.

Hoefer, A., Serumtherapie bei Fleckfieber. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 358.

Hoeßlin, H. v., Bemerkungen zum bakteriologischen und klinischen Charakter der diesjährigen Grippe-Epidemie. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1128.

Hotz, A., Zur Prophylaxe der spanischen Grippe. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 41. S. 1372.

Huebschmann, P., Über die derzeitige Influenza und ihre Komplikation. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1205.

Jagić, N. v., Die diagnostische Verwertung des Leukozytenbildes bei Infektionskrankheiten. Wien. med. Woch. Nr. 40. S. 1745; Nr. 41. S. 1798.

Kahler, H., Erfahrungen über die „Spanische Krankheit" (Influenza). Wien. klin. Woch. Nr. 41. S. 1104.

Kalberlah, F., Über die Behandlung akuter Infektionskrankheiten (Typhus, Sepsis) mit intravenösen Injektionen von Bakterien-Impfstoffen. Therap. Monatsh. H. 9. S. 328.

Kalberlah, F., und H. Schloßberger, Chemotherapeutische Studien bei chronischer Malaria. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1100.

Kaliebe, H., Beitrag zur Behandlung des Fünftagefiebers. Med. Klin. Nr. 43. S. 1065.

Kirković, St., und W. Alexieff, Über kombinierte Erkrankungen an Fleck- und Rückfallfieber. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 16. S. 289.

Kirschbaum, Zur Epidemiologie der Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1074.

Knack, V. A., Das Verhalten der Nieren bei der Grippe. Med. Klin. Nr. 37. S. 902.

Knapp, E., Erfahrungen über Diphtherie-Behandlung mit Heilserum, speziell bei den malignen Erkrankungen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 37. S. 323.

Koepchen, Symptomatologie der influenzaähnlichen, sogenannten spanischen Krankheit. D. med. Woch. Nr. 34. S. 938.

Krauß, H., Die spanische Krankheit. Hyg Nr. 9. S. 84.

Krekeler, Beiträge zur Kenntnis der Bazillenruhr (Dysenterie und Pseudo-Dysenterie), mit besonderer Berücksichtigung der Schutzimpfung. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 17/18. S. 106.

Kretzer, V., Zur Frage der Widalschen Reaktion bei Dysenterie. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 1000.

Krokiewicz, A., Zur Prognose bei Typhus abdominalis. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1013.

Kromayer, E., Beziehungen zwischen Schutzimpfung und spezifischen Serumstoffen bei Typhus. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1105.

Kuhne, V., Que faire en cas d'épidemie de choléra? (Une médication causale du syndrome diarrhéique.) Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 9. S. 555.

Lämpe, R., Über die „Spanische Grippe". Med. Klin. Nr. 35. S. 858.

Lanz, E., Über die Grippe. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1108.

Leesberg, V. C. M., Spaansche griep. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 11. S. 864.

Leitner, Ph., Über die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der sogenannten spanischen Grippe. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 570.

Leitner, Ph., Über die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der pandemischen Influenza (Spanische Grippe). Wien. klin. Woch. Nr. 43. S. 1155.

Lenz, E., Beiträge zur Bekämpfung und Epidemiologie der grippalen Infekte. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 38. S. 1265.

Levy, M., Hämatologisches zur Grippe-Epidemie. D. med. Woch. Nr. 35. S. 972.

Lindberg, G., De infektiösa urinvägsaffektionerna hos barn. Hygiea Bd. 80. H. 15. S. 890.

Lipschütz, B., „Die Entstehung des Fleckfieberexanthems". Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 995.

Little, T. R., C. J. Garofalo and P. A. Williams, The absence of the bacillus influenzae in the exudate from the upper airpassages in the present epidemie. Lancet Nr. 4950.

Loewenhardt, F., Zur Therapie des Schwarzwasserfiebers. D. med. Woch. Nr. 35. S. 974.

Maliwa, E., Beiträge zur Kenntnis der Malaria. I. Latenz der Infektion; Phaseneinteilung der Krankheit. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1082.

Mann und Pette, Klinische Beobachtungen bei Paratyphus B. in einem Marine-Feldlazarett. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 18. S. 321.

Marcovici, E., Erfahrungen über eine neuartige Grippe und deren abortive Behandlung. Wien. klin. Woch. Nr. 36. S. 994.

Martin, An epidemic of fifty cases of influenza among the personel of a base hospital, B. E. F., France. Brit. med. Journ. Nr. 3011.

Matko, J., Zue Therapie des Schwarzwasserfiebers. Wien. klin. Woch. Nr. 38. S. 1038.

Mautner, H., Amidopyrin als Anfall auslösendes Mittel bei latenter Malaria. Wien. klin. Woch. Nr. 42. S. 1129.

May, Erfahrungen an über 1000 Malariakranken in der Heimat. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1047.

Meyer, F., Über chronischen Typhus und Paratyphus. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 965.

Michaelis, L., Die Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina mit Eukupin. D. med. Woch. Nr. 35. S. 966.

Moll, L., Een geval van Spaansche griep met chorea. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 16. S. 1315.

Monlár, B., Ergebnisse bakteriologischer Untersuchungen bei Paratyphus A-Rekonvaleszenten. Wien. klin. Woch. Nr. 38. S. 1033.

du Mont, Zur Behandlung des regulären Fünftagefiebers. D. med. Woch. Nr. 33. S. 917.

Mosler, E., Die Beziehungen des Wolhynischen Fiebers zu anderen Krankheiten. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 362.

Mühlens, Über Schwarzwasserfieber. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1067.

Müller-Deham, A. v., Ein Fall von spontaner gegenseitiger Heilung zweier Infektionskrankheiten nach Art der Vakzinetherapie. Therap. Monatsh. H. 9. S. 354.

Napjus, J. W., en J. Honthman, Spaansche griep. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 6. S. 448.

Neuwirth, E., und A. Weil, Klinische und pathologische Beobachtungen bei der sogenannten spanischen Krankheit mit schwerem Verlauf. Wien. klin. Woch. Nr. 43. S. 1152.

Nobécourt, L'endocardite scarlatineuse. Presse méd. Nr. 47. S. 429.

Nobel, E., und J. Zilczer, Beitrag der Klinik des Fleckfiebers. Wien. med. Woch. Nr. 32. S. 1411.

Oeller, H., Zur Lehre vom periodischen Fieber. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 177. H. 5 u. 6. S. 363.

Oeller, H., Kritische Studien zum Influenza-Problem. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1203.

Orth, O., Zur rektalen Applikation des Mg-Sulfats beim Tetanus. Med. Klin. Nr. 33. S. 816.

Orticoni, Barbie, et Leclerc, Contribution à l'étude de la flore microbienne de la grippe. Presse méd. Nr. 55. S. 508.

Panýrek, D., Blutung, Eiterung und Nekrose bei Malaria tropica, sowie den Heilungsverlauf bei den Malariarekonvaleszenten und (latent) Malarikern. Der Militärarzt Nr. 7. S. 127; Nr. 8. S. 129.

Parsons, L. C., and J. G. Forbes, Haemoglobinuria (Blackwater fever). Observations on a transient form occurring amongst the troops in Macedonia. Lancet Nr. 4958.

Pelz, Truppenärztliche Beobachtungen über die sogenannte spanische Grippe. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1107.

Pichler, J., Die spanische Krankheit. Wien. klin. Woch. Nr. 892.

Picken, R. N. F., Polio-encephalitis and an epidemic disease of obscure origin. Lancet Nr. 4950.

Plesch, J., Febris periodica (sog. Fünftagefieber, Febris quintana recurrens, wolhynisches, polnisches, Ikwafieber usw.). v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 745/46. S. 643.

Ploem, R. W. J., Een „Spaansche griep" epidemie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 5. S. 385.

Polak, E., Een eigenaardige verwikkeling (?) van Spaansche griep. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 5. S. 388.

Reuß, A., Über Ruhr und ihre Behandlung. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 38. S. 331.

Rolly, Fr., Über Influenza. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 10. S. 1.

Roskam, J., La désinfection des porteurs de bacilles diphtériques. Mém. de l'Inst. Pasteur Bd. 32. H. 6. S. 255.

Rudelle, Des complications chirurgicales des typhus exanthématique et récurrent. Inaug.-Diss. Paris. 106 S.

Sachs, F., Einige Symptome der latenten Malaria tropica. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1073.

Saxl, P., Über die Rezidivbereitschaft bei der Malaria, ihre Erkennung und Verwertung für die Therapie. Therap. Monatsh. H. 9. S. 359.

Schelenz, Ergebnisse bei kombinierter Serum-Vakzinetherapie der Ruhr. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1050.

Schemensky, Ruhrkomplikationen und ihre Behandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1150.

Schilling, V., Die Malariadiagnose im Blutpräparat ohne Parasitenbefund. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1184.

Schilling, C., Sonstige Infektions- und Tropenkrankheiten. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 10. S. 32.

Schilperoort, W., Zeefbeenettering bij roodvonk. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 7. S. 522.

Schinz, H. R., Die Influenza-Epidemie bei der Guiden-Abteilung 5. Ein Beitrag zur Epidemiologie und Symptomatologie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 40. S. 1329; Nr. 41. S. 1374.

Schmidt, L., Klinische, ätiologische und epidemiologische Beobachtungen über die sogenannte „Spanische Krankheit". Wien. med. Woch. Nr. 33. S. 1450.

Schöne, Ch., Klinische Beobachtungen bei einer Fleckfieberepidemie. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 994.

Schönemann, A., Zur Prophylaxe der Influenza. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 34. S. 1125.

Schürer, J., Beitrag zur Kenntnis des Paratyphus A. Med. Klin. Nr. 32. S. 781.

Selter, H., Zur Ätiologie der Influenza. D. med. Woch. Nr. 39. S. 932.

Sick, K., Über einen einheitlichen Symptomkomplex unter den Nachkrankheiten der Ruhr. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1152.

Soucek, A., Über einen Variolafall mit Koplikschen Flecken ähnlichen Munderscheinungen und über Variola sine exanthemate. Med. Klin. Nr. 38. S. 812.

Stachelin, R., Einige Bemerkungen über die Influenzaepidemie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 32. S. 1057.

Steinthal, E., Beobachtungen an „Spanischer Krankheit". Württemb. Korr.-Bl. Nr. 42. S. 367.

Straßer, A., Malariarezidiv und Heilung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 366.

Strümpell, A. v., Über Influenza. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1096.

Torren, J. van der, Een geval van malaria tertiana met verschijnselen van nekkramp. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 13. S. 1102.

Uhlenhuth, Zur Bakteriologie der Influenza 1918. Med. Klin. Nr. 32. S. 777.

Velde, J. J. van de, De epidemiologie van Spaansche griep. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 7. S. 517.

Verzár, F., Mischinfektionen mit Tropika und Tertiana? Bemerkungen zu der Arbeit von Prof. *Forschbach* und *G. Pyszkowski* in Nr. 9. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1075.

Wachter, F., Erfahrungen bei der Influenzaepidemie. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1183.

Walterhöfer, Veränderungen am infizierten Erythrozyten bei Malaria tertiana und tropica. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1072.

Wanner, F., Notes sur la dysenterie amibienne chronique. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 8. S. 471.

Wesenhagen, G. F., Hersen-Stoornissen bij influenza. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 10. S. 799.

Wiggelendam, J. M., Spaansche griep. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 6. S. 445.

Wirgman, C. W., An „influenza" outbreak. Lancet Nr. 4958.

Wolff, Spanische Krankheit. Wien. klin. Rundschau Nr. 37 u. 38. S. 207; Nr. 39 u. 40. S. 229.

3. *Tuberkulose.*

Amrein, O., Aktuelle Tuberkulose-Fragen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 32. S. 1060.

Braun, F., Über Tuberkulosebehandlung mit lebenden Kaltblüter-Tuberkel-Bazillen. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1222.

Bergmann, E., Barnen och den tuberkulösa smittan. Svenska Nationalf. m. Tuberk. Kvartalsskr. Bd. 13. H. 2—3. S. 25.

Charlemont, F., Beitrag zur Behandlung der Lungentuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1108.

Compton, A., The treatment of staphylococcal infections by stanoxyl: „Mixed infection" of pulmonary tuberculosis. Lancet Nr. 4956.

Engel, H., Tödlicher Ausgang einer schweren Lungentuberkulose durch eine Fußverletzung, weder verursacht noch beschleunigt. Med. Klin. Nr. 49. S. 1068.

Fernandez, Z. P., The value of artificial pneumothorax in the arrest and prevention of haemoptysis in pulmonary tuberculosis. Brit. med. Journ. Nr. 3003.

Fischl, K., Über Kreosotbehandlung der Lungentuberkulose. Med. Klin. Nr. 42. S. 1031.

Friedrich, Die Bedeutung der Kehlkopftuberkulose bei der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Behandlung in Tuberkulosekrankenhäusern. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1084.

Galup, J., et F. Vallet, Les lacunes de l'Instruction générale qui règle le sort des militaires tuberculeux. Presse méd. Nr. 50. Suppl. S. 586.

Hamburger, F., und R. Müllegger, Über geteilte Tuberkulininjektionen. Wien. klin. Woch. Nr. 39. S. 1063.

Ichok, G., Die Dermographie des Thoraxes bei Lungentuberkulose. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 36. S. 1201.

Kraemer, C., Gegen die Tuberkulinreaktion des Tuberkulosefreien und die 1 mg-Tuberkulindiagnose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 4. S. 230.

Mattisson, K., Västerasens sanatorium. Svens. Nationalf. m. Tuberk. Koartalsskr. Bd. 13. H. 2—3. S. 37.

Orth, J., Trauma und Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 4. S. 205.

Schröder, G., XIX. Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg Oberamt Neuenbürg nebst Bemerkungen über Chemotherapie der Tuberkulose. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 32. S. 281.

Warnecke, Über die Anwendung der Ebsteinschen Tastperkussion bei der Frühdiagnose der Lungentuberkulose. D. med. Woch. Nr. 33. S. 916.

Weill, P., Über Leukozyten und Lungentuberkulose. I. Das Leukozytenbild bei Tuberkulösen. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 4. S. 193.

4. *Krankheiten des Respirationsapparates (exkl. Phthise).*

Auld, A. G., Further remarks on the treatment of asthma by peptone. Brit. med. Journ. Nr. 3003.

Edelmann, A., Zur klinischen Symptomatologie der lobären Influenzapneumonie. Wien. klin. Woch. Nr. 33. S. 917.

Gerhardt, D., Über parapneumonische und bronchopneumonische Empyeme. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1095.

Gerson, K., Zur mechanischen Behandlung von Bronchialasthma und Emphysem. Ther. d. Gegenw. H. 8. S. 271.

Hartert, Über Behandlung des akuten und chronischen Empyems, insbesondere nach Schußverletzungen, mittels des Aspirationsverfahrens nach *Perthes*. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 840.

Hesse, W., Über zentrale Pneumonie und ihre Bedeutung für die zentrale Entstehung der Pneumonie. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1125.

Jacobaeus, H. C., Klinische Erfahrungen bei konservativer Behandlung von Pleuraempyemen. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 1. H. 1. S. 1.

Marchand, F., Ein neuer Fall von Asthma bronchiale mit anatomischer Untersuchung. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 3 u. 4. S. 184.

Odermatt, W., Brustwandtuberkulose nach Punktion pleuritischer Exsudate. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 31. S. 1025.

Pollag, S., Konservative oder aktive Therapie bei Pleuritis exsudativa? Ther. d. Gegenw. H. 9. S. 295.

Ulrici, H., Künstlicher Pneumothorax durch manuelle Lösung der flächenhaft verwachsenen Lunge. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1220.

Violle, H., La bronchite sanglante (spirochétose broncho-pulmonaire de *Castellani*). Presse méd. Nr. 39. S. 359.

Weiß, M., Welchen Wert hat das Vibroinhalationsverfahren bei Erkrankungen der Atmungsorgane? Wien. klin. Woch. Nr. 39. S. 1063.

5. *Krankheiten des Zirkulationsapparates.*

Chalier, J., Rétrécissement mitral et maladie de *Raynaud*. Presse méd. Nr. 51. S. 471.

Friedemann, U., Über die Kreislaufsstörungen bei Infektionskrankheiten und ihre Behandlung. Ther. d. Gegenw. H. 8. S. 265.

Gordon, W., Cardioptosis. Brit. med. Journ. Nr. 3000.

*Guggenheimer, H., Das Verhalten von Herz- und Gefäßsystem bei der akuten diffusen Glomerulonephritis der Kriegsteilnehmer. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 223.

Hammer, G., Die röntgenologischen Methoden der Herzgrößenbestimmung (nebst Aufstellung von „Normalzahlen" für das Orthodiagramm und die Fern-Aufnahme). Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1212.

Hering, H. E., Ist Herzkammerflimmern durch die Brust hörbar? Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1104.

Hinselmann, H., Das Verhalten der absoluten Herzdämpfung in einem Fall von Ödemkrankheit. Med. Klin. Nr. 42. S. 1039.

Josué, O., et M. Parturier, Conséquences cliniques de l'oligurie d'origine cardiaque. Presse méd. Nr. 46. S. 421.

Klewitz, F., und F. Cronqwist, Elektrokardiogramme einiger seltenerer Herzstörungen. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1156.

Kylin, E., Weitere Untersuchungen über akzidentelle Herzgeräusche und Ausdauer bei körperlichen Anstrengungen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 121. H. 5 u. 6. S. 387.

Mayer, K., Klinisch-radiologische Erfahrungen über Herzpulsation. Wien. klin. Woch. Nr. 39. S. 1058.

Ohm, R., Ein Fall von Mitralklappenfehler bei asthenischem Herzen mit im Venenpuls nachweisbarer Schwäche der rechten Kammer. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1155.

Roth, O., Über die paroxysmale Tachykardie und derselben verwandte Erscheinungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 33. S. 1089.

Semerau, M., Über die klinische Bedeutung des Vorhofflimmerns. D. med. Woch. Nr. 33. S. 909.

Schirokauer, H., Die klinische Bewertung der Plethysmographie bei Herzkrankheiten. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 314.

Schrumpf, P., Die Syphilis des Herzens und der Gefäße. (Häufigkeit, Diagnose und Behandlung.) Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 323.

Schrumpf, P., Polygraphische Herzstudien. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 165.

Starling, H. J., Subacute bacterial endocarditis. Brit. med. Journ. Nr. 3007.

Szczepańsk, Z. v., und B. Sabat, Über den Einfluß des künstlichen Pneumothorax auf das Herz. Wien. klin. Woch. Nr. 39. S. 1061.

Tchertkoff, J., et F. Heim, De la réduction des liquides chez les asystoliques. (Contribution à l'étude des oedèmes cardiaques.) Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 9. S. 509.

Ungar, E., Zur Lehre vom Hydroperikard. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 44. S. 705.

Weiß, E., Eine neue Methode zur Suffizienzprüfung des Kreislaufes. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 3. S. 390.

Weitz, W., Über die Dauer der einzelnen Phasen der Herzrevolution. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 5 u. 6. S. 325.

Weitz, W., Über das Orthodiagramm bei Aortenstenose. Med. Klin. Nr. 43. S. 1054.

6. *Krankheiten des Digestionsapparates (Bauchfell, Milz).*

Aschoff, L., Über den Engpaß des Magens. (Isthmus ventriculi.) Ein Beitrag zum funktionell-anatomischen Aufbau des Magens. Jena. Gustav Fischer. 63 S. mit 32 Abb. im Text. Brosch. 4 Mk. 50 Pf.

Blanchod, F., Un cas personnel de calculs appendiculaires révélés par les rayons X aux Indes. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 10. S. 599.

Blatt, N., Okulare Störungen bei Skorbut. Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 942.

Friedemann, U., Über zwei eigenartige Fälle von Infektion der Ösophagus- und Magenschleimhaut. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 354.

Fuld, E., und M. Katzenstein, Die Antifermentbehandlung des runden Magengeschwürs mittels Amynins. Therap. Monatsh. H. 10. S. 380.

Goiffon, R., Les signes coprologiques d'insufisance gastrique. Arch. de mal. de l'appareil. Bd. 9. H. 5. S. 665.

Greggio, E., Des ulcères gastro-duodénaux. Arch. de Méd. expér. Bd. 27. H. 5. S. 531.

Grote, L. R., Magensaftabsonderung und Krieg. (Beitrag zur Pathologie der Superazidität.) D. med. Woch. Nr. 40. S. 1102.

Guttfeld, L., Kasuistischer Beitrag zur Cholelithiasis. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 42. S. 673.

Haberer, H. v., Zur Frage der Operation während akuter Blutungen aus Magen- und Duodenalgeschwüren. Wien. klin. Woch. Nr. 33. S. 909.

Hamburger, F., Periodisches Erbrechen oder periodische Azetonämie? Kasuistischer Beitrag. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1111.

Haudek, M., Ergebnisse röntgenologischer Konstatierung innerer Krankheiten im Kriege. Ein Beitrag zur Pathogenese und Diagnose der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 843; Nr. 32. S. 880.

Henszelman, A., Die Röntgendiagnostik der Milz. Wien. klin. Woch. Nr. 33. S. 915.

Jamison, R., Some observations on six cases of ruptured spleen. Brit. med. Journ. Nr. 3011.

Kaufmann, M., Aus der Praxis der Magendarmkrankheiten. Therap. Monatsh. H. 9. S. 332.

Krukenberg, H., Über die Behandlung der Hämorrhoiden mit Suprarenininjektionen. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 851.

Lenz, E., Über die Dauerbehandlung chronischer Dünndarmstörungen und resorptiver Enterotoxikosen mit Tierkohle. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 41. S. 1361.

Levinstein, O., Beitrag zur Pathologie der Möllerschen Glossitis. Zeitschr. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 8. H. 5. S. 432.

Pel, P. K., De ziekten der lever en galwegen en der poortader. Haarlem, de Erven F. Bohn. III. verm. Ausgabe. 450 S. Geb. 11.25 Gulden.

Pochhammer, C., Die Bedeutung des okkulten Blutnachweises in den Fäzes. Erwiderung auf den Aufsatz von Dr. *Baumstark* in Nr. 25 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. Nr. 36. S. 998.

Roemheld, L., Die Behandlung der Magen-Darmkrankheiten im Krieg, im Heimatgebiet unter besonderer Berücksichtigung der Ruhr und ihrer Nachkrankheiten. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 40. S. 349; Nr. 41. S. 359.

Roemheld, L., Kriegskost und Magenchemismus. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1129.

Roemheld, L., „Pneumatose des Magens" und „gastro-kardialer Symptomenkomplex". Ther. d. Gegenw. H. 10. S. 344.

Roux, F., Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Presse méd. Nr. 42. S. 390.

Schlesinger, E., Der diagnostische Wert des okkulten Blutnachweises in den Fäzes. Bemerkung zu der gleichnamigen Abhandlung von Dr. *Baumstark* in Nr. 25 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. Nr. 32. S. 884.

Schwarz, G., Über Kontrastmittelkonkremente im Dickdarm Röntgenuntersuchter. Therap. Monatsh. H. 9. S. 361.

Seyfarth, C., Milzvergrößerungen in Südbulgarien und ihre Folgeerkrankungen: Aszites, Milzabszeß, Milzruptur, Wandermilz, Milzptosis und Stieldrehung, sowie ihre Beziehungen zur Malaria, Kala-Azar und zur „Anaemia splenomegalica". Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 17. S. 305.

Stepp, W., Die Bedeutung der Duodenalsondierung für die Diagnose der Erkrankungen der Gallenwege. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1193.

Still, G. F., The Lumleian lectures on coeliac disease. Lancet Nr. 4954, 4955 u. 4956.

Udaondo, C. B., Pathologia digestiva. Talleres graficos A. Flaiban, éd. Buenos Airos. vol. 340 S.

Urbach, J., Akuter, spontaner Gastroduodenalverschluß. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1085.

Walterhöfer, Über infektiöse Lebererkrankungen. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 371.

Wassenaar, K., Een epidemie van gastroenteritis met onbekende oorzaak. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 15. S. 1235.

v. Wilucki, Ein Fall von Kaskadenmagen, bedingt durch extra-ventrikulären Tumor. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 851.

Ziegler, V., Die Diagnose des chronischen Magenkatarrhs. Med. Klin. Nr. 32. S. 785.

Zimmerli, K., Zur Symptomatologie der Mumpspankreatitis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 37. S. 1245.

7. *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren, der männlichen Genitalien.*

Bamberger, Simulation bei der Nierenfunktionsprüfung. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1221.

Becher, E., Über die Wirkungen des Aderlasses bei der Urämie. Med. Klin. Nr. 33. S. 813.

Brix, Ungleiche Erkrankung beider Nieren bei Kriegsnephritis. Med. Klin. Nr. 31. S. 763.

Diamantis, Le mode d'infestation de l'homme par le Schistosomum haematobium. Journ. d'Urol. Bd. 7. H. 1. S. 9.

Groß, O., Über scheinbare, durch Polyurie hervorgerufene Blasenstörungen. Med. Klin. Nr. 43. S. 1053.

Leitner, P., Beiträge zur Therapie der Morbus Addisoni. Wien. med. Woch. Nr. 36. S. 1571.

Löffler, W., Über Aortenruptur bei chronischer Nephritis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 36. S. 1185.
Löhlein, M., Zur Pathogenese der Nierenkrankheiten. II. Nephritis und Nephrose, mit besonderer Berücksichtigung der Nephropathia gravidarum. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1187.
Mann, G., Über einen Fall von Morbus Addisoni mit höchst akutem Verlauf. Wien. klin. Woch. Nr. 41. S. 1107.
Marquardt, R., Ormizet in der Therapie der Erkrankungen der Harnblase. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1028.
Vallery-Radot, Etudes sur le fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques. éd. Paris, Masson et Cie. 1 vol. in-8⁰. 256 S. 10 frs.
Wildbolz, H., Über traumatische Nephritis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1153.

8. *Krankheiten der Bewegungsorgane, Rheumatismus.*

Arnoldi, W., Beobachtungen über den Muskelrheumatismus. D. med. Woch. Nr. 35. S. 973.
Dalmady, Z. v., Die Nachbehandlung rheumatischer und ähnlicher Kriegserkrankungen in Bädern und Heilanstalten. Wien. med. Woch. Nr. 31. S. 1375.
Heilner, E., Die Behandlung der Gicht und anderer chronischer Gelenkentzündungen mit Knorpelextrakt. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 983.
Nolf, P., Du traitement des arthritis aiguës par le salicylate de soude associé aux injections intraveineuses de peptone. Presse méd. Nr. 53. S. 485.
Schmidt, A., Der Muskelrheumatismus (Myalgie) auf Grund eigener Beobachtungen und Untersuchungen gemeinverständlich dargestellt. Bonn, A. Marcus & E. Webers Verlag. 92 S. mit 14 Abb. im Text u. auf 9 Tafeln. Brosch. 6 Mk. 60 Pf., geb. 8 Mk. 20 Pf.
Stümpke, G., Über syphilitische Gelenkentzündungen. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 968.
Umbner, F., Zur Pathogenese chronischer Gelenkerkrankungen und ihrer Behandlung durch Heilnersches Knorpelextrakt. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 988.

9. *Krankheiten des Nervensystems.*

Albrecht, O., Drei Fälle mit Antons Symptom. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 883.
Alexander, W., Über Polyneuritis (ambulatoria) mit Diplegia facialis. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 256.
Auerbach, S., Die Wiederherstellung der Funktion schußverletzter Nerven. Therap. Monatsh. H. 8. S. 284.
Becker, R., Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung. Zürich. Speidel & Wurzel. 27 S. Brosch. 1 Mk. 20 Pf.
Berghinz, G., Note sulla meningite cerebrospinale epidemica in Friali nel 1915—1916—1917. Rivista crit. di clin. med. Nr. 23 u. 24.
Bostroem, A., Isolierte Verletzung des Ramus superficialis vom Nervus plantaris lateralis. Neur. Zentralbl. Nr. 18. S. 619.
Brahme, L., Ett fall av bulbo-pontin härdläsion. Hygiea Bd. 80. H. 15. S. 865.
Bregmann, L. E., Beiträge zur Polyneuritis. Neur. Zentralbl. Nr. 17. S. 593.
Bum, A., Neue Beiträge zur Infiltrationsbehandlung der Ischias. Med. Klin. Nr. 36. S. 875.
Bychowski, Z., Gibt es eine Reflexepilepsie? Neur. Zentralbl. Nr. 20. S. 680.
Chajes, B., Multiple neurotische Hautgangrän. Neur. Zentralbl. Nr. 15. S. 517.
Clarke, A. U., and N. J. Spriggs, Musculo-spiral nerve disabilities. Brit. med. Journ. Nr. 3011.
Colla, Eine eigentümliche Krampusneurose. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1027.
Crinis, M. de, Humoralpathologische und biochemische Studien zu den Wirkungen von Explosionen auf das menschliche Nervensystem. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 988.
Demole, V., Apoplexie tardive avec symptomes homolatéraux par hématome sousdureméríen (rupture de la meningée moyenne par contre-coup). Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 36. S. 1191.
Descomps, P., J. Enzière et P. Merle, Le signe de la convergence des globes oculaires chez les grands commotionnés. Presse méd. Nr. 55. S. 509.
Dunbar, J., A case of septicaemic meningitis, with recovery. Brit. med. Journ. Nr. 3008.
Edel, P., Zur Psychologie und Therapie der Kriegsneurosen. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 836.
Eichhorst, H., Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und spinaler progressiver Muskelatrophie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 3 u. 4. S. 161.
Eichlam, K., Zur Querschnittsanästhesie. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1047.
Eiselsberg, A. v., O. Marburg, Zur Frage der Operabilität intramedullärer Rückenmarkstumoren. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 453.
Finkelnburg, R., Über die Bedeutung nervöser Herzgefäßstörungen für die Entstehung von Arteriosklerose. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 90.
Flatau, G., Über psychische Infektion. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 278.
Gierlich, Neuere Untersuchungen über die objektiven Krankheitszeichen der Neurotiker. Med. Klin. Nr. 40. S. 983.
Gierlich, Schußverletzung des rechten Halssympathikus mit Schädigung der gleichseitigen Brückenhälfte und des Halsmarks. Neur. Zentralbl. Nr. 19. S. 642.
Goldstein, M., Kriegserfahrungen aus dem Operationsgebiet über episodischen Bewußtseinsverlust. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 713.
Grube, K., Über das Verhalten des Blutzuckers in Fällen von diabetischer Neuritis und Neuralgie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 4—6. S. 302.
Hoffmann, E., Vermag kräftige Frühbehandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber Erkrankungen des Nervensystems zu verhüten? D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 70.
Hoffmann, J., Pyramidenseitenstrang-Symptome bei der hereditären Friedreichschen Ataxie; Sektionsbefund. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 179.
Holland, M., Zur Frage der Lymphozytose im Liquor bei seröser Meningitis. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 870.
Hutchinson, J., The operative treatment of trigeminal neuralgia. Lancet Nr. 4949.
Jakob, A., Zur Klinik und Pathogenese der postkommotionellen Hirnschwäche. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 932.
Kleist, K., Zur Auffassung der subkortikalen Bewegungsstörungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 790.
Knapp, A., Echinokokkus des linken Schläfenlappens, durch Schädelpunktion diagnostiziert. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 4—6. S. 213.
Kretschmer, Zwei neurologische Fälle. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 262.

Krisch, M., Die spezielle Behandlung der hysterischen Erscheinungen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 4—6. S. 240.

Kroner, K., Zur Frage der Kriegsneurosen auf Grund von Beobachtungen an der Front. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 265.

Léri, A., et Perpère, Les amyotrophies périscapulaires spontanées (à type de myopathies localisées). Presse méd. Nr. 35. S. 320.

Liebesny, P., Zur Symptomatologie der Ischias. Med. Klin. Nr. 35. S. 858.

Lippmann, A., Apoplexie, Enzephalomalazie und Blutdruck. D. med. Woch. Nr. 33. S. 907.

Loewenstein, Die Diagnose der totalen Nervendurchtrennung. Med. Klin. Nr. 31. S. 761.

Loewenstein, S., Zur traumatischen Entstehung chronischer Rückenmarksleiden. Neur. Zentralbl. Nr. 16. S. 545.

Maas, O., Bemerkenswerter Krankheitsverlauf bei Geschwülsten des Zentralnervensystems. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 231.

Maas, O., Über atypische Polyneuritis. Neur. Zentralbl. Nr. 17. S. 588.

Mac Donald, W. M., *Tinel's* sign in peripheral nerve lesions. Brit. med. Journ. Nr. 3001.

Marshall, J. N., A sporadic case of poliencephalitis. Brit. med. Journ. Nr. 3001.

Mayer, C., Über die anatomische Grundlage des von den Fingergrundgelenken auslösbaren Reflexes. Wien. klin. Woch. Nr. 32. S. 896.

Mayer, C., und S. Ostheimer, Über reflektorische im Bereich der Extremitäten von den Gelenken herauslösbare Kontraktion von Muskeln. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 462.

Mayerhofer-Lateiner, M., Ein Fall von Meningitis purulenta, verursacht durch Micrococcus catarrhalis. Wien. klin. Woch. Nr. 41. S. 1107.

Meinema, Th., Over gecombineerde strengziekten van het ruggemerg. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 14. S. 1168.

Moszkowicz, L., Funktionsprüfung der Nervenstümpfe. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1178.

Naber, J., Über Blasenneurosen (Pollakiurie, Inkontinenz, Enuresis, Retentio urinae). Med. Klin. Nr. 34. S. 832.

Neumann, J., Zur Meningitis acuta syphilitica. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 38. S. 609.

Nonne, M., Multiple Sklerose und Fazialislähmung. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 201.

Olivier, M., et G. Aymès, A propos de la séméiologie réflexe de l'épilepsie paroxysme convulsif, réflexe d'adduction du pied, phénomène des orteils. Presse méd. Nr. 38. S. 349.

Oppenheim, H., Über angeborene stationäre Hemiatrophia facialis. Neur. Zentralbl. Nr. 15. S. 513.

Oppenheim, H., und M. Borchardt, Weiterer Beitrag zur Erkennung und Behandlung der Rückenmarksgeschwülste. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 1.

Oppenheim und R. Schmidt, Bemerkungen zu der Arbeit: Die Sehnenreflexe mit besonderer Berücksichtigung des Erb-Westphalschen Phänomens von biologisch-konstitutionellen Gesichtspunkten von Prof. Dr. *R. Schmidt* in Nr. 37. Med. Klin. Nr. 43. S. 1068.

Pfeifer, B., Über homolaterale Hemiplegie bei Hirnschußverletzung. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 687.

Phleps, E., Beitrag zur Klinik und Diagnose der Rückenmarkstumoren. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 1014.

Piltz, J., Ein Beitrag zum Studium der sogenannten Kriegsneurosen und deren Behandlung auf Grund eigener Erfahrungen. Neur. Zentralbl. Nr. 20. S. 682.

Placzek, Die Bekämpfung vererbbarer Nervenkrankheiten. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 329.

Pönitz, K., Die Zweckreaktion. Ein Beitrag zur Psychologie der Hysterie und Simulation unter besonderer Berücksichtigung der Kriegserfahrungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 804.

Popper, E., Über Nervenschußschmerz. Übersicht, Zusammenfassung und kasuistischer Beitrag. Wien. klin. Woch. Nr. 42. S. 1135.

Raether, M., Ein Beitrag zur okulären Hysterie und ihrer Therapie. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1017.

Reiche, F., Zur klinischen Diagnose des Hypophysisschwundes. Med. Klin. Nr. 40. S. 984.

Rodella, A., Über konkomitierende Reflexe. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1102.

Rodhe, E., Neuritis puerperalis traumatica. Hygiea Bd. 80. H. 18. S. 1041.

Römer, A., Ein Fall von Syringomyelie. Med. Klin. Nr. 42. S. 1041.

Rubensohn, E., Diagnose, Behandlung und Verlauf einer Rückenmarksgeschwulst. Med. Klin. Nr. 34. S. 835.

Sainton, P., L'encéphalite léthargique. Presse méd. Nr. 53. S. 487.

Schmidt, A., Homolaterale Hyperästhesie bei Hemiplegie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 501.

Schmieden, V., Über Kriegsverletzungen des Rückenmarkes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 509.

Schultze, F., Zur Lehre von der Pseudosklerose *(Westphal-Strümpell)*. Neur. Zentralbl. Nr. 20. S. 674.

Schuster, P., Der Mechanismus der hysterischen Skoliose. Neur. Zentralbl. Nr. 18. S. 610.

Schwartz, L., Dermographismus und vasomotorische Störungen bei Psychoneurosen und Nervengesunden. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 4—6. S. 279.

Siebert, H., Über Epilepsie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 4—6. S. 260.

Simons, A., Gefühlsprüfung am freigelegten Nerven. Kriegsbeobachtungen III. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 322.

Simons, A., Hodgkins Krankheit als Tumor der Dura spinalis verlaufend. Kriegsbeobachtungen (I). D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 289.

Singer, K., Prinzipien und Erfolge der aktiven Therapie bei Neurosen. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 275.

Spielmeyer, W., Erfolge der Nervennaht. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1039.

Spitzy, H., Operative Behebung der Lähmung des N. radialis. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 652.

Steinberg, 14 Monate Neurosenbehandlung. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1193.

Sterling, W., Polyneuritis nach Blitzschlag. Neur. Zentralbl. Nr. 17. S. 577.

Stransky, E., Hysterie und Hysteriefähigkeit. Psych.-neur. Woch. 1818/19. Nr. 21/22. S. 134.

Strasburger, J., Schlaffe Lähmungen bei hochsitzenden Rückenmarksschüssen und bei Gehirnschüssen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 43.

Strümpell, A., Die Stereognose durch den Tastsinn und ihre Störungen. Nebst Bemerkungen über die allgemeine Einteilung der Sensibilität. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 154.

Tibor, A., 2. Lähmung des Halssympathikus bei multipler Sklerose. Neur. Zentralbl. Nr. 15. S. 515.

Tobias, E., Über Brachialgien und ihre Behandlung nebst Betrachtungen zur „Neuralgie"-Diagnose. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 286.

Vaidya, S. K., „Obscure epidemie encephalitis". Some observations on blood counts and cerebrospinal fluid. Lancet Nr. 4958.

Voss, G., Polioencephalitis haemorrhagica superior bei einer 30jährigen Frau. Neur. Zentralbl. Nr. 16. S. 552.

Wagner, A., Die Rückfälle der Hysteriker. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1106.

Walshe, F. M. R., Post-diphtheritic paralysis. Note on a form following cutaneous diphtheria. Lancet Nr. 4956.

Wernstedt, W., Genmäle till prof. *K. Petrén* i poliomeylitfragan. Hygiea Bd. 80. H. 16. S. 955.

Westphal, A., Beitrag zur Lehre von der stationären Tabes. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 80.

Williamson, R. T., The differential diagnosis between functional and organic paraplegia. Brit. med. Journ. Nr. 3011.

Willige, H., Über sterile eitrige Meningitis infolge endolumbaler Salvarsanbehandlung. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 21/22. S. 137; Nr. 28. S. 183.

Wilson, S. A. Kinnier, Epidemie encephalitis. Lancet Nr. 4949.

Wirschubski, A., Ein Fall von Polyneuritis im Anschluß an Lyssaschutzimpfungen. Neur. Zentralbl. Nr. 17. S. 586.

Wolff, E., Beitrag zu den Verletzungen des Conus medullaris und der Cauda equina. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 295.

Worster-Drought, C., The nervous sequelae of cerebrospinal fever. Lancet Nr. 4950.

10. *Krankheiten des Blutes.*

Eppinger, H., und K. Kloß, Zur Therapie der Polyzythämie. Therap. Monatsh. H. 9. S. 322.

Guggenheimer, H., Zur Röntgentherapie des malignen Granuloms und der Polyzythämie. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 233.

Hirschfeld, H., Zur Prognose und Röntgentherapie der lymphatischen Leukämie. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 240.

Hohlweg, H., Zur kombinierten Behandlung der Leukämie mit Röntgenbestrahlung und Benzol. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1213.

Katsch, G., Purpura mit und ohne Thrombopenie. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 897.

Marcovici, E., Bemerkung zu *Lehndorffs* Publikation: Das weiße Blutbild bei Mumps. Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 946.

Orth, O., Erfolgreiche arterio-venöse Transfusion bei einem Hämophilen. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 36. S. 141.

Pappenheim, A., Morphologie. Folia haemat. Bd. 23. H. 1. S. 533—656.

Polak Daniels, L., Anaemie bij lijden der vroumelijke geslochtsdeelen in verband tot de chlorose. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 13. S. 1146.

Pollag, S., Zur Pathologie der lymphatischen Leukämie. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1192.

Rosenow, G., Über die Beziehungen der Malaria zur Leukämie. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1070.

Stäubli, C., Die diagnostische Bewertung des leukozytären Blutbildes bei Infektionskrankheiten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 30. S. 993.

Stepp, W., Über hämorrhagische Diathesen. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1009.

Wassermann, S., Das Verhalten des Blutes beim Skorbut. Folia haemat. Bd. 23. H. 1. S. 1.

11. *Krankheiten des Stoffwechsels.*

Bircher, E., Zur nicht operativen Therapie des Kropfes. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 37. S. 1236.

Eichler, Kasuistischer Beitrag zur Dystrophia adiposo-genitalis. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1082.

Kolisch, R., Die Reiztheorie und die modernen Behandlungsmethoden des Diabetes. Wien. Urban & Schwarzenberg. 152 S. 5 Mk.

Lampé, E., Früchtetage bei Diabetes mellitus. Therap. Monatsh. H. 9. S. 337.

Loewi, O., Zur Frage der Verwertbarkeit der Glukose bei Diabetes. Therap. Monatsh. H. 9. S. 350.

Oehme, C., und M. Oehme, Zur Lehre vom Diabetes insipidus. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 3 u. 4. S. 261.

Poulton, E. P., The Goulstonian lectures on modern views on diabetes and on the significance of acidosis in disease. Lancet Nr. 4950.

Salomon, H., Über Versuche therapeutischer Leberbestrahlung bei Diabetes. Therap. Monatsh. H. 9. S. 356.

Stümpke, G., Morbus Basedow mit schwerer sekundärer Syphilis, durch Salvarsan (Neosalvarsan) günstig beeinflußt. D. med. Woch. Nr. 35. S. 968.

Sudeck, P., Über die Behandlung des Morbus Basedowii und der Struma maligna mit Röntgenstrahlen. D. med. Woch. Nr. 40. S. 1104.

9. Chirurgie.

1. *Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, Operations- und Verbandlehre. (Tetanus, siehe Infektionskrankheiten 8. 2.)*

Basset, E., La transfusion du sang citraté (technique de *Jeanbrau*). Thèse de Paris. 211 S., 8 Abb.

Bibergeil, E., Das Vuzin in der Wundbehandlung, speziell bei der Behandlung von Kriegsbeschädigten. D. med. Woch. Nr. 35. S. 966.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 34. S. 929; Nr. 41. S. 1121.

Böhler, L., Die Spezialisierung der Frakturenbehandlung für die Kriegszeit, eine Frage von größter volkswirtschaftlicher Bedeutung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 44. S. 793.

Clasen, F. E., Varizen und Ulcus cruris und ihre Behandlung als „Spezialität" für den praktischen Arzt. Med. Klin. Nr. 32. S. 793; Nr. 33. S. 817; Nr. 40. S. 993; Nr. 41. S. 1018; Nr. 42. S. 1042.

Denks, Zum primären Verschluß schußverletzter Gelenke. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 683.

Desaux, A., Traitement précore de la dermo-épidermite streptococcique des plaies. Presse méd. Nr. 54. S. 501.

Drüner, Die röntgenoskopische Operation. Die Umschau Nr. 38. S. 464.

Ehrenpreis, Indications et technique de la réunion secondaire. Presse méd. Nr. 53. S. 490.

Erlacher, Ph., Eine neue Methode der Bildung des Hautkanals bei Muskelunterfütterungen. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1022.

Esser, J. F. S., Eigenartige Ausnutzung einer mißlungenen plastischen Operation. D. med. Woch Nr. 44. S. 1220.

Esser, J. F. S., Verwendung der Mamma für Deckung von Amputationsstümpfen. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1185.

Fenner, F., Vuzin in der Gelenktherapie. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1162.

Flechtenmacher, C., Foudroyanter Gasbrand nach Herniotomie. Wien. klin. Woch. Nr. 35. S. 964.

Flesch, M., Verwendung von Trypaflavin als Wundantiseptikum bei Gasphlegmone. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 970.

Le Fort, René, Une voie économique et large pour l'accès du carrefour cervico-médiastinal. Presse méd. Nr. 41. S. 373.

Franz, Über Steckschüsse in oder in der Nähe von Gelenken. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 489.

Gauß, C. J., Untersuchungen über die Armlagerung bei Operationen in Narkose. Arch. f. Gyn. Bd. 110. H. 1. S. 139.

Glamser, Über Wundbehandlung. Med. Klin. Nr. 34. S. 838.

Goetzen, C. v., Vorläufige kurze Mitteilungen über unsere Versuche beim Dämmerschlaf. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1128.

Ginser, 330 cas d'anaesthésie générale par l'intubation (pathogénie de quelques accidents et en particulier des vomissements post-chloroformiques). Presse méd. Nr. 48. S. 441.

Gümbel, Th., Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/18. Nr. 98: Gefäßnaht im Felde. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 1 u. 2. S. 29.

Haberland, H. F. O., Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/18. Nr. 92: Erfahrungen über 80 Bluttransfusionen beim Menschen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 5 u. 6. S. 282.

Heidenhain, L., Wundbehandlung mit flüssigem Pech. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1218.

Herz, P., Über feuchte Verbände. Entgegnung auf den gleichnamigen Aufsatz des Prof. *Pels-Leusden*. Zentralbl. f. Chir. Nr. 41. S. 732.

Hochenegg, J. v., und E. Payr, Lehrbuch der Speziellen Chirurgie für Studierende und Ärzte. 2. neubearb. Auflage. 2. Bd. Wien. Urban & Schwarzenberg. 1163 S. mit 582 Textabb. u. 14 Tafeln. Geh. 30 Mk., geb. 34 Mk.

Hofstätter, R., Direkte Stumpfbetastung und Kallusbildung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 849.

Holländer, E., Die Verwendung des „Humanol" (ausgelassenes menschliches Fett in der Chirurgie). Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 17. S. 449.

Holzknecht, G., Röntgenologie. Eine Revision ihrer technischen Einrichtungen und praktischen Methoden. Wien. Urban & Schwarzenberg. I. Teil. 576 S. mit 407 Abb. Geh. 30 Mk., geb. 34 Mk.

Jean, G., La cutanéisation profonde des os dans le traitement de l'ostéomyélite chronique. Presse méd. Nr. 49. S. 452.

Jehu, W., Ein Beitrag zur Kasuistik der Gefäßverletzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 962.

Klingmüller, V., Über die Wirkung von Terpentineinspritzungen auf Eiterungen und Entzündungen. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 896.

Knorre, G. v., Ein Beitrag zur Lumbalanästhesie. D. med. Woch. Nr. 35. S. 970.

Koerber, Der protrahierte Ätherrausch und sein weites Anwendungsgebiet im Kriege wie in Friedensverhältnissen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 37. S. 325.

Krauß, H., Der Knochenbruch. Hyg Nr. 10. S. 90.

Lehmann, Zum primären Verschluß schußverletzter Gelenke. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 678.

Lengfellner, K., Die Hände- und Operationsfelddesinfektion mit Chirosoter. Med. Klin. Nr. 41. S. 1018.

Leriche, R., et A. Policard, Les phénomènes de réhabitation de territoires osseux morts et leur in portance dans le réperation des fractures ouvertes. Presse méd. Nr. 52. S. 479.

Liniger, H., Über subkutane Muskel- und Sehnenrisse und ihre Beurteilung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 9. S. 191.

Linnartz, M., Zur Technik der Nagelextension. Zentralbl. f. Chir. Nr. 34. S. 583.

Mairesse, J., et J. Régnier, Contribution à l'étude de la sérothérapie gangrèneuse des plaies de guerre. Presse méd. Nr. 50. S. 461.

Mamourian, M., The port played by the bone graft. Brit. med. Journ. Nr. 3004.

Manninger, W., Die Schnelldesinfektion der Hand. Zentralbl. f. Chir. Nr. 39. S. 678.

Mayr, J., Über die Behandlung chronischer Gelenkentzündungen beim Haustier mit *Heilners* Knorpelpräparat und Beziehungen zwischen Gelenkerkrankungen von Mensch und Tier. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 989.

Melchior, E., und H. Rahm, Über den Nachweis elektrischer Ströme in der granulierenden Wunde. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 598.

Meyer-Hürlimann, Röntgenologische Beobachtungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 31. S. 1031.

Morrison, J. F., J. N. J. Hartley and E. F. Bashford, The treatment of wounds. Lancet Nr. 4956.

Mosenthal, A., Lähmung durch Einschuß eines Uniformstückes. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1136.

Mümnich, Zur Diagnose der frischen Gelenkschußverletzung. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 675.

Odelga, P., Erfahrungen an 500 Steckschußoperationen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 501.

Parin, M., Observations sur les résultats des sutures et des libérations nerveuses. Inaug.-Diss. Paris 1917. 40 S.

Payr, E., Über Wiederbildung an Gelenken, ihre Erscheinungsformen und Ursachen; funktionelle Anpassungs-Regenerationen. D. med. Woch. Nr. 32. S. 874.

Pellot, J., Nouveau mode d'anaesthésie générale à l'aide d'un appareil et d'un mélange mixte nouveaux. Presse méd. Nr. 44. S. 405.

Petersen, Th., Über die plastische Verwendung von gestielten Knochenhautlappen zur Heilung von Knochenhöhlen und Knochenfisteln unter besonderer Berücksichtigung der nach infizierter Knochenschußverletzungen entstandenen Höhlen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 5 u. 6. S. 400.

Ranzi, E., Aneurysmaoperationen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 530.

Remmets, Über operative Behandlung von Nervenverletzungen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 5 u. 6. S. 386.

Ritter, C., Zur Behandlung der Verbrennungen. Med. Klin. Nr. 35. S. 851.

Robinson, F. W., Suggestions for the treatment of septic wounds. Brit med. Journ. Nr. 3008.

Sacken, W. v., Über die operative Behandlung der Frakturen und ihrer Folgezustände. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 778.

Schepelmann, E., Der Reiz der Jodoformplombe als Mittel zur Heilung von Pseudarthrosen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 841.

Schepelmann, E., Intra- oder parakallöse Osteotomie. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 630.

Schultze, E., Einige Bemerkungen zur kleinen Knochenchirurgie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 16. S. 432.

Sehrt, E., Eine neue Art chirurgischer Beobachtung. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 869.

Spitzy, H., Zur Frage des direkten Muskelanschlusses. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1016.

Stauber, S., Zur Therapie des Erysipels. Med. Klin. Nr. 43. S. 1055.

Stieda, Chr., Weiterer Beitrag zur Behandlung infizierter Schußwunden mit hochprozentigen (10%) Kochsalzlösungen. D. med. Woch. Nr. 32. S. 882.

Suchanek, E., Zur Gefäßchirurgie im Kriege. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 665.

Süßmann, F., Über die Einschränkung der Assistenz bei Operationen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. S. 664.

Tanton, J., Un nouveau procédé d'ostéosynthèse par cerclage. Presse méd. Nr. 35. S. 317.

Urtel, Chemische Antisepsis der Kriegsverwundungen, sowie primäre Wundbehandlung der Gelenkschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 963.

Volkmann, Joh., Zur Unterbindung großer Gefäße mit Katgut. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43. S. 766.

Wachtel, H., Die klinoskopische Operation. Eine Studie zur Technik der Operation der Steckgeschosse im Röntgenlicht. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 620.

Werner, H., Primärer Wundverschluß am dritten Tag. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37. S. 649.

Widowitz, P., Gefahrenzonen bei Fernplastiken. (Mit besonderer Berücksichtigung der fernplastischen Muskelunterfütterung. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1019.

Wieting, Zur Steckschußfrage, besonders der Magnetanwendung bei ihnen. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 953.

Wieting-Pascha, Einiges über Wundverhältnisse, Wundversorgung und Wundinfektion. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 5 u. 6. S. 289.

Witzel, O., Unser gegenwärtiger Standpunkt zur Frage der Operation bei der Gehirnschußepilepsie. (Meningolyse und Enzephalolyse.) Zentralbl. f. Chir. Nr. 37. S. 645.

Wolff, A., Über eine neue Wundbehandlung mittels keim- und staubfreier, nach Temperatur, Feuchtigkeit und Geschwindigkeit regelbarer Luftzuführung. Ther. d. Gegenw. H. 9. S. 301.

2. *Kopf und Hals.*

Béclère, H., L'extraction des projectiles intracraniens. Presse méd. Nr. 47. S. 431.

Behrend, M., Zur Behandlung des Hirnvorfalls. Zentralbl. f. Chir. Nr. 40. S. 712.

Blau, Alb., Das stereophotogrammetrische Verfahren *Hasselwanders* in seiner Bedeutung für die Bestimmung des Steckgeschosses innerhalb des Gesichtsschädels. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 140.

Brüning, F., Amputationsneurom am Unterkiefer. Zentralbl. f. Chir. Nr. 40. S. 713.

Busse, O., Über Haematoma durae matris und Schädeltrauma. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 863.

Finsterer, H., Die Bedeutung der Duraplastik bei der Behandlung der Epilepsie nach geheilten Schädelschüssen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 3 u. 4. S. 145.

Fuchs, A., Die heilpädagogische Behandlung der durch Kopfschuß verletzten Krieger. (Abhandlungen aus dem Lehrkörper der Berliner Schule für Kopfschußverletzte.) Halle. Carl Marhold, Verlagsbuchh. 143 S. Brosch. 5 Mk., geb. 6 Mk.

Gatscher, S., Zur Klinik der otogenen Jochfortsatzeiterung (Zygomatizitis). Wien. med. Woch. Nr. 34. S. 1448.

Geiger, J., Die Leitungsanästhesie bei der Strumektomie. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1211.

Graff, E. v., Über Schädelschüsse. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 705.

Graham, T. O., On gunshot wounds of the lead. Brit. med. Journ. Nr. 3006.

Haberer, H. v., Beitrag zur Operation von übergossenen Hirntumoren. Arch f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 615.

Hoffmann, H., Schädelbasisbrüche. Vierteljahrschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 117.

Jaeger, R., Über Kopfverletzungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 829.

Kausch, W., Bemerkungen zum Aufsatze des Herrn *Danziger:* „Idioplastik oder Alloplastik? Ein neuer Vorschlag zur Deckung von Schädeldefekten." Zentralbl. f. Chir. Nr. 43. S. 763.

Knapp, A., Schädelpunktion bei Gehirnzysten und ihre Bedenken. Med. Klin. Nr. 36. S. 877.

Mairet, A., et H. Piéron, Les séquelles subjectives des traumatisés cranio-cérébraux et le syndrome commotionnel. Presse méd. Nr. 54. S. 501.

Mauclaire, L'ablation des projectiles sous l'écran. Presse méd. Nr. 40. S. 366.

Neugebauer, F., Der Einstich ins Ganglion Gasseri nach *Härtel* eine Gefahr fürs Auge. Zentralbl. f. Chir. Nr. 33. S. 565.

Pickerill, H. P., Methods of control of fragments in gounshot wounds of the jaws. Lancet Nr. 4958.

Rauchenbichler, R. v., Ein Fall von primärem Abriß der Arteria carotis interna mit sekundärer Aneurysmabildung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 699.

v. Saar u. Herschmann, Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/18. Nr. 93. Zur Symptomatologie und Therapie der Pachymeningitis haemorrhagica interna. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 195. H. 5 u. 6. S. 298.

Sernau, W., Zur Kasuistik der Karotis-Schußverletzung. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 21/22. S. 143.

Therstappen, Zur primären Behandlung der Schädelschüsse, besonders im Hinblick auf die Gehirninfektion. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 998.

3. *Wirbelsäule.*

Bregmann, L. E., Zur postinfektösen Wirbelsäulenerkrankung. Med. Klin. Nr. 37. S. 912.

Kolin, L., Zur Behandlung der Schlüsselbeinluxation mittels eines Extensionstriangels. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1162.

Luzoir, J., De l'ostéomyélite vertébrale. Presse med. Nr. 41. S. 378.

Schlatter, C., Die Behandlung der Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1041.

4. *Brust, Bauch und Becken.*

Adams, J. E., The rôle of the scapula in thoracoplasty. Lancet Nr. 4959.

Ahl, Zur Diagnose der Darmverletzungen bei Bauchschüssen. Med. Klin. Nr. 31. S. 764.

Allmann, J., Zur Technik der Darmvereinigung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 34. S. 585.

Andree, H., Ein Beitrag zum Krankheitsbilde der Eventratio diaphragmatica. Med. Klin. Nr. 40. S. 990.

Clairmont, P., und P. Hadjipetros, Die Operation der Magen-Kolon-Fistel nach Gastroenterostomie. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1067.

Colmers, Die Behandlung der akut bedrohlichen chirurgischen Erkrankungen des Brustkorbs. D. med. Woch. Nr. 36. S. 985; Nr. 37. S. 1012.

Deaver, J. B., The treatment of benign tumors of the breast. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 37.

Demmer, F., Zur Behandlung der in die freie Bauchhöhle perforierten Magen- und Duodenalgeschwüre. Bruns Beitr. Bd. 111. H. 2. S. 400.

Diddens E. J., Galsteenileus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 15. S. 1267.

Dreesmann, H., Gastrostomie bei Ulcus ventriculi. Zentralbl. f. Chir. Nr. 36. S. 629.

Dreesmann, H., Die Operation der Hernia inguinalis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 36. S. 631.

Dreesmann, H., Tödliche Blutung aus einer Leberzyste. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 606.

Duval P., et H. et P. Barasty, De la péricardotomie thoraco-abdominale médiane. Chirurgie du coeur et des gros vaisseaux de la base. Presse méd. Nr. 48. S. 437.

Engel, Über Verletzungen des Ligamentum ileofemorale. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1160.

Erkes, F., Über „Durchwanderungsperitonitiden" bei akuten Erkrankungen der Darmschleimhaut. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 5 u. 6. S. 277.

Exalto, J., Noordenbos en de Bruïne Groeneveldt, Cardiospasmus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 15. S. 1276.

Federschmidt, F., Zur Prognose der Bauchschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1219.

Flörcken, H., Zur Behandlung des Ulcus pepticum jejuni nach Gastroenterostomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 33. S. 568.

Franz, C., Über Schußverletzungen der Brusthöhle ohne Lungenverletzung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43. S. 758.

Greenwood, H. H., Ventral hernia: a device to strengthen the abdominal wall. Brit. med. Journ. Nr. 3012.

Gütig, C., Darmeinklemmung nach Gastroenterostomia retrocolica posterior. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 608.

Haberer, H. v., Zu der Arbeit von *Schmilinsky:* „Die Einleitung der gesamten Duodenalsäfte in den Magen (innere Apotheke" in Nr. 25 des Zentralbl. f. Chir. 1918. Zentralbl. f. Chir. Nr. 38. S. 666.

Haberer, H. v., Zu dem Aufsatz von *H. Finsterer:* „Ausgedehnte Magenresektion bei Ulcus duodeni usw." in Nr. 26 des Zentralbl. f. Chir. 1918. Zentralbl. f. Chir. Nr. 39. S. 680.

Hauke, H., Darmverschluß bei *Meckel*schem Divertikel nach Appendektomie. D. med. Woch. Nr. 32. S. 880.

Heinemann, Ein geheilter Fall von Atresia ani et recti. Beitrag zur Kenntnis und operativen Behandlung ano-rektaler Darmverschlüsse. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 196. H. 1 u. 2. S. 126.

Hermann, M. W., Wie soll man die „blutende Mamma" behandeln? Wien. klin. Woch. Nr. 35. S. 963.

Hofbauer, L., Folgen der Brustschüsse. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 17. S. 453; Nr. 18. S. 487.

Johnsen, Chr., Zur Frage der Gastrojejunostomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 41. S. 725.

Kaliebe, H., Beitrag zur Pneumothoraxtherapie der Lungenschüsse. Med. Klin. Nr. 38. S. 933.

Kappesser, Ein seltener Fall von hochsitzendem Ileus nach Bauchquetschung. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 3 u. 4. S. 276.

Kappis, M., Die Anästhesierung des Nervus splanchnicus. Zentralbl. f. Chir. Nr. 40. S. 709.

Kelling, G., Über die operative Behandlung des chronischen Ulcus ventriculi. Arch f. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 75.

Kelling, G., Über die Wahl einer falschen Dünndarmschlinge bei der Gastroenterostomie. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 196. H. 1 u. 2. S. 77.

Kirchmayr, L., Zur Technik des Verschlusses eines Anus praeternaturalis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 39. S. 684.

Klebelsberg, E. v., Zur Klinik und Behandlung der Lungenverletzungen. Wien. med. Woch. Nr. 38. S. 1669.

Laméris, H. J., Über die Operation des Leistenbruches. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43. S. 764.

Lubbers, H. A., Subphrenische abscessen no een acute pseudo-appendicitis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 12. S. 955.

Matti, H., Alloplastischer Sphinkterersatz durch Einpflanzung von Gummischlauchringen. Experimentelle Grundlagen und praktische Anwendung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 41. S. 727.

Morawitz, P., Operative oder exspektative Behandlung des Lungenechinokokkus? Ther. d. Gegenw. H. 10. S. 329.

Morelli, E., La cura delle firite toraco-polmonari, pneumotorace artificiale toracentesi cura dell' emprima. Licivio Capelli, ed. Bologna. 1 vol i. 183 S. 12 Lire.

Mosers, Der *Dührssen*sche Flankenschnitt zur Wurmfortsatzentfernung. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 1 u. 2. S. 62.

Nassau, Ch. F., A résumé of facts concerning malignant tumors of the breast. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 283.

Neuhäuser, H., Unblutige Methode zur Ausfüllung alter Empyemhöhlen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 34. S. 585.

Neumann, J., Handgriff zur Entleerung irreponibler Hernien. Wien. med. Woch. Nr. 33. S. 1445.

Orth, O., Klinischer und experimenteller Beitrag zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 832.

Payr, E., Die Bedeutung „fixierter Koloptose" für die hintere Gastroenterostomie Zentralbl. f. Chir. Nr. 38. S. 661.

Perthes, G., Über Schußverletzungen der Brusthöhle ohne Lungenverletzung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43. S. 761.

Pupovac, D., Zur Technik der Darmresektion. Wien. klin. Woch. Nr. 35. S. 962.

Richard, A., L'extraction primitive des projectiles intrapulmonaires. Thèse de Paris. 67 S.

Rossi, F., La ferite del torace d'arma da fuoce in guerra. Nicolas Zanichelli, éd. Bologne. 1 vol. in-8⁰. 317 S. 32 Fig. 12.50 Lire.

Schepelmann, E., Über Bauchdeckenplastiken, mit besonderer Berücksichtigung des Hängebauches. Bruns Beitr. Bd. 111. H. 2. S. 372.

Schmerz, H., Die operative Behandlung des Mastdarmvorfalles mittels Faszienplastik. Bruns Beitr. Bd. 111. H. 2. S. 346.

Schoemaker, J., De operatie der hernia obturatoria incarcerata. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 15. S. 1270.

Schueller, Milchinjektionen bei entzündeten Leistendrüsen. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 851.

Seidler, F., Anatomische Schwierigkeiten bei Sauerbruchoperationen. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1021.

Sembdner, Über eine Methode bei Bauchschußoperationen. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1220.

Weil, S., Zum Verschluß des Anus sacralis nach Rektumresektionen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43. S. 760.

White, J. Sinclair, Traumatic aneurysm of the left subclarion artery; successful ligation at the punction of the first and second portions. Brit. med. Journ. Nr. 3006.

Wieting, Zur voraus- oder nachgeschickten Unterbindung der A. hypogastrica bei Blutungen aus den Glutäalgefäßen. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1121.

Wilson, J. A., Gunshot wounds of the thorax: their later stages. Lancet Nr. 4952.

Winckler, E., Beitrag zur Operation des Mastdarmvorfalles. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 910.
Wolff, E., Zur Behandlung der appendizistischen Abszesse. Bruns Beitr. Bd. 111. H. 2. S. 263.
Wortmann, W., Beitrag zum arteriomesenterialen Duodenalverschluß. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 5 u. 6. S. 406.
Zaager, J. B., Tuberculoom van de lever. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 15. S. 1284.

5. *Harn- und männliche Geschlechtsorgane.*

Cathelin, F., Blessures de guerre de la vessie. Lyon. chir. Bd. 15. Nr. 1. S. 109.
Eduard und Hofmann, Harnröhrenverletzungen im Kriege. Wien. med. Woch. Nr. 37. S. 1603.
Guthrie, J., An operation for reconstruction of the urethra in cases of severe or impermeable stricture. Brit. med. Journ. Nr. 3005.
Knauf, Ein doppelseitiges Harnblasendivertikel mit zweifachem Ventilverschluß. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 3 u. 4. S. 258.
Mezö, B. v., Eine neue Operationsmethode zur zweitmaligen Eröffnung der Blase (Sectio alta lateralis). D. med. Woch. Nr. 42, S. 1164.
Paschkis, R., Urologisch-kasuistische Mitteilungen. Med. Klin. Nr. 31. S. 756.
Philipowicz, Beitrag zu den Kriegsverletzungen der unteren Harnwege und der Geschlechtsorgane. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 957.
Ramos, C., Des ruptures de l'hydrocèle vaginale. Journ. d'urol. Bd. 7. Nr. Nr. 1. S. 45.
Reinbold, P., La néphrectomie du rein traumatisé. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1161.
Schüßler, H., Zur Radikaloperation der kongenitalen Blasendivertikel. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 1 u. 2. S. 107.
Stutzin, J. J., Zur Anlegung einer „Ventilfistel" als Blasendauerfistel. Vorläufige Mitteilung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 39. S. 685.
Stutzin, J. J., Experimentelle und klinische Beiträge zu den Verletzungen der Harnblase. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 1 u. 2. S. 89.

6. *Extremitäten.*

Ansinn, O., Zur Behandlung der Oberschenkelschußfrakturen in den Streckverbandapparaten mit passiven Gelenkbewegungen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 36. S. 632.
Axhausen, Konservative oder operative Behandlung der Kriegsschußverletzungen des Kniegelenkes? Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 639.
v. Baeyer, Form der Oberschenkelschüsse an Prothesen. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 1000.
v. Baeyer, Operative Behandlung von nicht reponierbaren angeborenen Hüftverrenkungen. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1216.
Bayer, H. v., Zur Behandlung von großen Wadenverletzungen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 34. S. 581.
Beust, A. T. v., Über die Totalluxationen des Schlüsselbeins. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 1 u. 2. S. 45.
Biesenberger, H., Ein Nachteil der Rechtwinkelschienung bei Oberarmfrakturen. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1110.
Böhler, L., Über Schlottergelenke im Knie nach Oberschenkelschußbrüchen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 612.
Boppe, M., De la résection intrafébrile du genou avec écartement temporaire des surfaces osseuses. Inaug.-Diss. Paris. 72 S.
Charles, R., Gunshot wounds of the kneejoint: the conservative operation at the casualty clearing station. Brit. med. Journ. Nr. 3000.
Charrier, J., Traitement des plaies du nerf radial: technique chirurgicale et résultats éloignés. Inaug.-Diss. Paris. 98 S. mit 15 Fig.
Chutro, P., La résection de la hanche pour arthrite secondaire dans les plais de guerre. Presse méd. Nr. 44. S. 406.
Clasen, F. E., Varizen und Ulcus cruris und ihre Behandlung als „Spezialität" für den praktischen Arzt. Med. Klin. Nr. 31. S. 768; Nr. 37. S. 915; Nr. 38. S. 940.
Drüner, Über die Bewegungsstümpfe am Arm. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 700.
Ducroquet, C., Pied bot varus et paralysie du sciatique poplité externe (chaussure orthopédique et traitement chirurgical). Presse méd. Nr. 35. S. 321.
Engel, H., Eine Verbesserung der *Volk-Engel*schen Arbeitsschiene für Strecklähmungen der Hand. D. med. Woch. Nr. 35. S. 974.
Engelkens, J. H., Een seldzaam geval van habitueele subluratis germ traumatica. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 15. S. 1241.
Everidge, J., Restoration of function after penetrating gunshot wounds of the knee-point. With a note by *A. Fullerton.* Brit. med. Journ. Nr. 3008.
Frisch, O. v., und K. v. Frisch, Über die Behandlung difform verheilter Schußbrüche des Oberschenkels. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 677.
Goerber, J., Über Meniskusverletzungen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 5 u. 6. S. 289.
Grießmann, B., Ein Fall von gebesserter Dupuytrenscher Kontraktur. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1083.
Grisson, H. H., Ein einfacher und brauchbarer Streckverband für den Oberarm. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 609.
Hartwich, A., Arbeitsbehelfe bei Fingerverlusten. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1023.
Hoeßly, H., Zur Erweiterung der Indikation für die Nagelextension. Zentralbl. f. Chir. Nr. 44. S. 796.
Hoffmann, A., Zur Frage der Nichttragfähigkeit mancher Amputationsstümpfe. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 611.
Hoffmann, N., Zur Behandlung der Frakturen und Luxationen im Bereiche des Sprunggelenkes. Med. Klin. Nr. 32. S. 783.
Katzenstein, M., Die nach Schußverletzung entstehende, nicht knöcherne Kniegelenkversteifung und ihre operative Behandlung. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1045.
Küttner, H., Die Verschüttungsnekrose ganzer Extremitäten. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 581.
Lance, L'extension continue dans le traitement des fractures des phalanges et métacarpiens. Presse méd. Nr. 45. S. 416.
Masmonteil, F., Les traumatismes du tarse d'après leur mécanisme. Presse méd. Nr. 49. S. 450.
Morton, Ch. A., Treatment of fracture of the shaft of the humerus by sylints. Lancet Nr. 4951.
Moser, E., Operation des eingewachsenen Nagels. Med. Klin. Nr. 32. S. 789.
Moser, Zur Überkorrektionsbehandlung nervengelähmter Gliedmaßenmuskeln nach Schußverletzungen. Med. Klin. Nr. 37. S. 914.
Neve, A., Gunshot wounds of the knee-joint with septic arthritis. Lancet Nr. 4959.
Noon, C., Gunshot wounds of the peripheral nerves. Lancet Nr. 4952.
Nowak, E., Zur Behandlung der Kniegelenkschüsse: Frühzeitige Arthrotomie, Waschung und Füllung der Gelenke mit Chlorlösung, primäre Naht der Arthrotomiewunde. Arch f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 939.
Pribram, E., Zur Therapie der infizierten Hüftgelenkverletzungen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 909.

Schede, Fr., Zur Behandlung des Genu recurvatum. Zentralbl. f. Chir. Nr. 40. S. 711.

Schepelmann, E., Die Extension in der Nachbehandlung operativ verlängerter Gliedmaßen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 3 u. 4. S. 208.

Schmidt, W., Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Volkskriege 1914/18. Nr. 95: Beitrag zur Daumenplastik. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 195. H. 5 u. 6. S. 420.

Schumacher, S. v., Über die Auslösbarkeit reflektorischer Muskelkontraktionen durch passive Beugung der Fingergrundgelenke. Wien. klin. Woch. Nr. 32. S. 896.

Seidel, H., Die gedoppelte Cramerschiene als Grundlage für Abduktionsschienen bei Oberarmschußfrakturen. Med. Klin. Nr. 38. S. 928.

Simon, W. V., Der Hallux valgus und seine chirurgische Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der *Ludloff*schen Operation. Bruns Beitr. Bd. 111. H. 2. S. 467.

Solms, E., Zur Frühextension von Oberschenkelschußfrakturen. Med. Klin. Nr. 43. S. 1066.

Steward, F. J., Some points concerning the operation for varicose veins. Brit. med. Journ. Nr. 3011.

Stieder, C., Beitrag zur Behandlung von Verwundungen des Kniegelenkes mit Vuzin *(Klapp)*. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1160.

Stieder, Chr., Beitrag zur Behandlung komplizierter Schußbrüche des Armes. Med. Klin. Nr. 43. S. 1064.

Stromeyer, K., Über Schlottergelenke. Mit besonderer Berücksichtigung der Schlottergelenke des Knies nach Oberschenkelschußfrakturen. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 687.

Turner, Ph., Gunshot fractures of femur: some methods of reducing serious displacements. Lancet Nr. 4951.

Walzel, P. v., Die Expektativextension der Oberschenkelschußfrakturen mit der Klammer unter besonderer Berücksichtigung der Amputationsindikation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 867.

Wittek, A., Operative Behandlung der Ulnarisklauenhand. Zentralbl. f. Chir. Nr. 44. S. 789.

Wörner, Plattfußfragen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 36. S. 315.

10. Gynäkologie.

Allmann, Jul., Operation oder Bestrahlung bei klimakterischen Blutungen? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. S. 593.

Barnes, Ch. S., The indications, dangers and contraindications of uterine curetment. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 940.

Benzel, Zur operativen Behandlung des Gebärmutter-Scheidenvorfalls. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 902.

Bissell, D., Total hysterectomy, per vaginam, lapping the anterior vaginal wall fascia and the approximation of the cardinal ligaments, for the cure of extreme procidentia uteri of long standing. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 892.

Bissell, Dougal, Overlapping of the fascia of the posterior vaginal well for the cure of rectocele. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 1. S. 1.

Braun, H., Über die örtliche Betäubung bei vaginalen Operationen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. S. 729.

Broun, Le Roy, A study of 1500 selective cases of myomata uteri operated on at the woman's hospital 1910 to 1917. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 410.

Chatillon, F., Les dilatations et hypertrophies congénitales de la vessie. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. Nr. 2. S. 81.

Corcia, J., Report of a case of papillary cystadenom of the overy, without recurrence often seven years. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 62.

Curtis, A. H., The bladder of women after operation. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 230.

Eunike, K. W., Weiteres über Hernia uteri et ovarica inguinalis bei unvollkommener Entwicklung des Genitales. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. S. 558.

Ferreira, H. G., Autoplastie péritonéale dans 85 laparotomies abdominales pour grossesse ectopique. Thèse de Genève. 1 vol. 67 S. mit 19 Taf.

Gaarenstroom, G. F., Stralenbehandeling en haar voorloopige uitkomsten by baarmoederkanker. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 9. S. 727.

Gardlund, W., Stützt unsere jetzige Kenntnis über den Bau und die Funktion der Ovarien die Theorie der inneren Sekretion des Corpus luteums und der interstitiellen Drüse? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. S. 649.

Hartmann, H., und L. Binet, Le pseudomyome d'origine appendiculaire. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. Nr. 2. S. 65.

Heineberg, A., „Hemorrhoids" of the urethra in women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 912.

Heyman, J., Obstetrisk-gynekologisker förhandlingar 1917—1918. Hygiea Bd. 80. H. 16. S. 967.

Hofstätter, R., Zur Frage nach dem Vorkommen des primären Oberflächenpapilloms, zugleich ein Beitrag zur Frage nach der Herkunft und Form der zystischen Fibroadenome des Ovariums. Arch. f. Gyn. Bd. 110. H. 1. S. 1.

Holden, F. C., An inventory of gynecological clinics. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 93.

Huggins, R. R., The use of *Dakin's* solution in suppurative conditions within the peritoneal cavity. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 423.

Hunner, G. L., Elusive ulcer of the bladder. Further notes on a rare type of bladder ulcer, with a report of twentyfive cases. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Bd. 3. S. 374.

Ill, E. J., Non puerperal pelvic infection. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 11.

Jaschke, R. Th. v., Einiges über die Bedeutung der Konstitution für die praktische Gynäkologie. Med. Klin. Nr. 42. S. 1027.

Keyes und A. Belcham, Pelvic peritonitis of female genitalia origin. Clinical observations on some of the etiologie intricacies. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 274.

Litzenberg, C., The graduate degree in obstetrics and gynecology. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 404.

Lönne, F., Ein Fall von Uterusperforation infolge Druckusur und Quetschung des Darmes nebst sekundärer Perforation mit tödlichem Ausgang bei Anlegung der hohen Zange. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1135.

Mahfour-Bey, H., The routine use of spinal analgesia in gynaecology: a study of 1552 consecutive cases. Lancet Nr. 4953.

Malcolm, J. D., Two cases of vulvitis caused by the accumulated secretion of *Tyson's* glands. Brit. med. Journ. Nr. 3003.

Martin, Ed., Die anatomische und klinische Bedeutung der Fascia vaginae. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. S. 556.

Mathes, P., Zur Heilung der Craurosis vulvae. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1009.

Meyer, J., Kolpoplastik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. S. 639.

Meyer-Ruegg, H., Kompendium der Frauenkrankheiten. Ein kurzes Lehrbuch für Ärzte und Studierende. 3. umgearb. Aufl. Leipzig 1917. Veit & Co. 360 S. mit teils farb. Abbild. Geb. 10 Mk.

Meyer-Ruegg, H., Die Frau als Mutter. 6. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. 335 S. mit 53 Abb. 4 Mk. 40 Pf.

Mönch, G., Ein Sarkom des Ligamentum rotundum. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1021.

Ottow, B., Ein Fibrom des Praeputium clitoridis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. S. 713.

Polak, J. O., A further study of the end-results of the conserved ovary. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 199.

Rawls, R. M., Cystocele. A review of the literature with an further preliminary report of an operation for its relief. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 328.

Rhomberg, B., Zur Kasuistik der Cervixmyome. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. S. 715.

Rubin, J. C., The pathogenesis and further growth of carcinoma of the uterus in relation to clinical symptoms and early diagnosis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 353.

Schröder, R., Einige Bemerkungen zur Corpus luteum-Funktion. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 589.

Schröder, R., Der Ovulationstermin. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. S. 633.

Schumann, E. A., A study of dystrophy adiposa genitalis in women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 428.

Schwartz, L. S., Papillomatous cysts of the ovary (with a report of eleven cases). Amer. Journ. of Obst. Bd. 78, Nr. 1. S. 79.

Schwarz, O. H., Tertiary syphilis of the cervix uteri. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 900.

Seitz, A., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen der Scheide. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. S. 688.

Siegel, P. W., Erfahrungen an 2000 paravertebralen Leitungsanästhesien in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Med. Klin. Nr. 41. S. 1013.

Stein, A. E., Bemerkung zur Mitteilung von *A. Mayer* (Tübingen) „Über die Behandlung von Insuffizienz des Blasenschließmuskels mit Injektion" in Nr. 28 des Zentralbl. f. Gyn. S. 473. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. S. 734.

Strong, L. W., Report of a case of paragenital teratoma. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 5.

Taussig, F. J., A new operation for urinary incontinence in women by transposing the levator ani muscle. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 881.

Tracy, S. E., The possibility of mistaking the remains of the hypogastric artery fo a ureter. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 947.

Unterberger, F., Hat die Ovarientransplantation praktische Bedeutung? D. med. Woch. Nr. 33. S. 903.

Unterberger, F., Die Transplantation der Ovarien. Arch. f. Gyn. Bd. 110. H. 1. S. 173.

Wade, H. A., The conservative treatment of the displaced uterus. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 936.

Waegeli, C., Relations entre les et affections gynécologiques et l'appendice. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 34. S. 1127.

Walthard, M., Der Einfluß von Allgemeinerkrankungen des Körpers auf die weiblichen Genitalorgane. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1024.

Watson, B. P., Cancer of the cervix complicating triplet pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 347.

Wintz, Eine Zentrierungsvorrichtung für Karzinombestrahlung der Gebärmutter. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1050.

11. Geburtshilfe.

Benthin, W., Die Erhaltung des Kindeslebens in der Geburt. Ein Beitrag zur Frage der Bevölkerungspolitik. Med. Klin. Nr. 43. S. 1062.

Bong, P., Eine Folge vom Pituglandol? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. S. 735.

Boyd, G. M., Complete laceration of the perineum. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 3. S. 434.

Danforth, W. C., Results of blood pressure observations in 447 cases of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 6. S. 927.

Driessen, L. F., Een merkwaardig geval van „missed labour". Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 9. S. 750.

Dublin, L. J., Mortality among women from causes incidental to childbearing. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 1. S. 20.

Ebermayer, Die ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft. D. med. Woch. Nr. 33. S. 917.

Edgar, J. Clifton, Why the midwife? Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 2. S. 242.

Findley, P., Pernicious anemia complicating pregnancy, with report of a case. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 2. S. 262.

Foulkrod, C., The obstetricion's responsibility for the conservation of infant live. Amer Journ. of Obst. Bd. 78. H. 2. S. 255.

Gerhartz, H., Beitrag zur Frage der puerperalen Eklampsie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. 198.

Geßner, W., Eklampsie und Weltkrieg. Eine Erwiderung auf *Zangemeisters* und *Lichtensteins* Artikel in Nr. 9 bzw. 26 dieser Zeitschr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. S. 575.

Grumme, Hypogalaktie und Laktagoga. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 35. S. 137.

Guilbert, Ch., et A. Gimbert, Pelviradiométrie par la méthode de la projection orthogonale. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 2. S. 99.

Heil, K., Fortschritte und Wandlungen in der Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes während des Jahrzehntes 1906—1915. Bericht und eigene Erfahrungen. Leipzig. Repertorienverlag. 70 S. Brosch. 4 Mk. 80 Pf.

Herz, A., Ein Fall von tödlicher intraabdomineller Blutung aus der Leber bei Eklampsie während der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. S. 572.

Heyn, A., Die alten Erstgebärenden und Vielgebärenden im Kriege. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. S. 553.

Hirsch, M., Zur Statistik des Aborts. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. S. 758.

Hofbauer, J., Die Ätiologie der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. S. 745.

Jurcev, G., Beitrag zur puerperalen Uterusinversion. Wien. klin. Woch. Nr. 37. S. 1009.

Klein, G., Viel-Operieren, künstlicher Abortus und Geburtenrückgang. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1157.

Mansfeld, O. P., Die Behandlung des Kindbettfiebers in Spital und Praxis. Wien. klin. Woch. Nr. 32. S. 885.

Möller, C. J., Complete enstrophy of the bladder with split pelvis as a complication of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 2. S. 267.

Miller, H. A., and S. A. Chalfan, The treatment of puerperal blood-stream infections by the means of arsenobenzol with a report of cases. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 3. S. 395.

Mosher, G. C., Report of a case of fetus papyraceous, with a twin pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 288.

Nicholson, W. R., The treatment of mastitis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 52.

Norris, R. C., The prevention of mastitis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 46.

Parke, W. S., Cesarean section in the treatment

of eclampsia. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 948.

Polak, J. O., Puerperal pelvic infection. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 916.

Pomervy, R. H., Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 211.

Opitz, E., Bemerkungen zur Ätiologie der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. S. 569.

Opitz, E., Verschwinden von Myomen in der Schwangerschaft. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1071.

Reynier, X. de, Beitrag zum Studium der Symphysiotomie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1136.

Sampson, J. A., The escape of foreign material from the uterine cavity into the uterine veins. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 161.

Siegel, P. W., Weitere Vereinfachung des Dämmerschlafes unter der Geburt. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 904.

Slemons, J. M., The significance of fever at the time of labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 3. S. 321.

Strachan, G. J., Treatment in the tonaemias of pregnancy. Brit. med. Journ. Nr. 3005.

Traugott, M., Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode. Therap. Monatsh. H. 8. S. 270.

Westcott, Th. S., Anomalies of mammary secretion. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 55.

White, Cl., Nephrotomy combined with caesarean section in the treatment of eclampsia with suppression of urine. Brit. med. Journ. Nr. 3001.

Zangemeister, W., Über den Hydrops gravidarum und seine Beziehungen zur Nephropathie und Eklampsie. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1044.

12. Kinderkrankheiten.

Bánóczi, M., Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen der Säuglinge. 7. Mitteilung. Die Wirkung der Amylnitritinhalationen auf das Blutbild ekzematöser Kinder. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 8—12. S. 557.

Berend, N., Das Verhalten des sympathischen Nervensystems bei den Erkrankungen im Säuglingsalter. 4. Mitteilung. Die rasche Heilung von exsudativen Ekzemen nach Einatmung von Amylnitrit. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 8—12. S. 417.

Berend, N., Kriegsernährung der Säuglinge mit zersetzter Milch. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 8—12. S. 601.

Bogdán, E., Linksseitige Zökalbrüche bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 3. S. 176.

Bossard, K., Die blassen Feuermale der Kinder. Naevi angiomatosi - Telangiektasien. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 3. S. 204.

Bratke, H., Die Behandlung der akuten diffusen Glomerulonephritis im Kindesalter mit Zuckerdiät. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 4. S. 268.

Carrie, W., Statistik über sprachgebrechliche Kinder in den Hamburger Volksschulen. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1081.

Chesser, E. S., Breast feeding: faradisation of the mammary glands. Lancet Nr. 4959.

Comby, J., Le scorbut infantile. Presse méd. Nr. 52. S. 480.

Comby, J., Zona double croisé et zona double symétrique. Arch. de méd. des Enf. Bd. 21. Nr. 5. S. 252.

Dévé, F., L'échinococcose de l'enfant. Arch. de méd. des Enf. Bd. 21. Nr. 5. S. 226.

Drahter, R., Zur Diagnose der Appendizitis des Kindes. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1043.

Epstein, A., Über eine auffällige Häufung der *Barlow*schen Krankheit in den Kriegsjahren 1917/18. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 4. S. 237.

D'Espine, A., G. Turrettini et A. Boissonna, De l'anémie pernicieuse infantile dans la première année. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 8. S. 461.

Eunicke, K. W., Zur Behandlung des Mastdarmvorfalles der Kinder. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 937.

Franqué, O. v., Zur Entstehung der Melaena neonatorum. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1 u. 3. S. 114.

Gózony, J., Das Säuglingsheim der Csepeler Munitionsfabrik. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 8—12. S. 636.

Grimm, G., Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen der Säuglinge. 6. Mitteilung. Über den vasokonstriktorischen Substanzengehalt des Säuglingsblutes, insbesondere bei der alimentären Intoxikation. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 8—12. S. 547.

Jaksch, R. v., Zur Ätiologie der Kindertuberkulose. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 34. S. 545.

Kaupe, W., Einwirkungen des Krieges auf das Kind. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1 u. 3. S. 33.

Kornfeld, K., Beitrag zur Frage der Ammenmilchproduktion. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. H. 8—12. S. 630.

Kramer, D., Das Verhalten des sympathischen Nervensystems bei den Erkrankungen im Säuglingsalter. 5. Mitteilung: Der Adrenalingehalt der Säuglingsnebenniere. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. H. 8—12. S. 531.

Langstein, L., Das Problem der diätetischen Behandlung des Ekzems und des Strophulus infantum. (Mit kritischen Bemerkungen zur exsudativen Diathese!) Therap. Monatsh. H. 9. S. 338.

Lewisohn, R., Blood transfusion (citrate method) in hemophilia neonatorum. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. Nr. 6. S. 933.

Lewandowski, A., Die Ergebnisse des Landaufenthalts der Kinder im Sommer 1917. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 18. S. 498.

Loghem, J. J. van, Over het voorkomen van proteusbacillen bij den mensch, in het bijzonder bij gezonde en zieke zuigelingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 16. S. 1345.

Lust, F., Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Mit speziellen Arzneiverordnungen für das Kindesalter. Ein Taschenbuch für den praktischen Arzt. Wien. Urban & Schwarzenberg. 488 S. Geh. 12 Mk., geb. 14 Mk. 50 Pf.

Marfan, A. B., Etude historiques et critique sur les affections de l'appareil digestif dans la première enfance, suivi d'un essai de classification clinique de ces affections. Paris. J. B. Baillière, éd. 1 vol in-8°. 87 S. 5.50 frs.

Moro, E., Das erste Trimenon. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1147.

Morquio, L., Los desarreglos gastro-intestinales del lactante. Typografia moderna. Montevideo. 1 vol. in-8°. 540 S.

Nast, E., Behandlung der Bazillenruhr im Säuglingsalter. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 867.

Netter, A., Fièvre intermittende par septicémie méningococcique. Arch. de méd. des Enf. Bd. 21, Nr. 5. S. 246.

Pick, J., Der initiale Wärmeverlust bei Säuglingen. D. med. Woch. Nr. 29. S. 886.

Poynton, F. J., Observations on the nature and symptoms of cardiac infection in childhood. III. Rheumatic endocarditis. Brit. med. Journ. Nr. 3001.

Poynton, F. J., Observations on the nature and

symptoms of cardiac infection in childhood. IV. Myocarditis, on neuromuscular cardiac affections. Brit. med. Journ. Nr. 3012.
Putnam, W. L., The most efficient means of preventing infant mortality. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 103.
Schiff, Er., Konstitution und Tuberkulose im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 8—12. S. 561.
Schippers, J. C., und C. de Lange, Zur Diagnostik der Nephritis im Kindesalter. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 5 u. 6. S. 418.
Schwenke, J., Über schwere Anämien im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 3. S. 181; H. 4. S. 284.
Stalling-Schwab, J. B., De waarde van het electrisch onderzoek bij kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 7. S. 514.
Stettner, E., Über Stenosen der Luftwege bei epidemischer Grippe im frühen Kindesalter. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 872.
Stheeman, H. A., De waarde van het electrisch onderzoek bij kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 15. S. 1237.
Stier, E., Die neu errichteten Berliner Sammelklassen für sehr schwachbefähigte Kinder. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 578.
Szidon, K. G., Zweiter Ungarischer Landeskongreß für Kinderforschung. Zeitschrift f. Kinderforsch. H. 9. S. 347.
Tanaker, M., Der Einfluß von Eiweißanreicherung der Nahrung beim Säugling auf den Stoffwechsel. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 3. S. 161.

13. Psychiatrie.

Bourdillon, Ph., Idiotie mongolienne et démarche de quadrupède. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 10. S. 585.
Bresler, J., Seelenkundliches. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 17/18. S. 110.
Charpentier, R., Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. Revue neur. Bd. 24. Nr. 6. S. 296.
Hahn, R., Medikamentöse Therapie bei Psychosen. Therap. Monatsh. H. 10. S. 382.
Hollis, W. A., Education and brain development: a psychological problem. Brit. med. Journ. Nr. 3008.
Hovorka, O. v., Die Sprache und ihre Störungen bei schwachsinnigen Kindern. Wien. med. Woch. Nr. 41. S. 1803.
Hübner, A. H., Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1 u. 3. S. 125.
Huot et Voivenel, Le cafard. Paris. Librairie Grasset. 1 vol in-18°. 4.50 frs.
Janský, J., und Z. Myslivecek, Beitrag zur familiären amaurotischen Idiotie. Arch f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 668.
Kade, C., Die Zurechnung von Straftaten, die im alkoholischen Dämmerzustande begangen sind. Vierteljahrschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 131.
King-Turner, A. C., The treatment of epilepsy by collosol paladium Brit. med. Journ. Nr. 3010.
Kronecker, Die Unterbringung des Angeschuldigten in einer Irrenanstalt zwecks Untersuchung seines Geisteszustandes. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 136.
Maeder, A., Heilung und Entwicklung im Seelenleben. Die Psychoanalyse, ihre Bedeutung für das moderne Leben. (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen Heft 7.) Zürich. Rascher & Co. 71 S. Brosch. 2 Mk.
Mohr, F., Die Beziehungen der Psychotherapie zur Gesamtmedizin. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 19. S. 507; Nr. 20. S. 540.
Mörchen, F., Die biologischen Selbstschutzvorrichtungen bei den seelisch und nervös Unterwertigen. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1195.
Naville, F., Note sur les „Délires de rêve“ (Lasègue). Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 10. S. 591.
Osman, L., Evolution du chimisme et de la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 8. S. 477.
Pfister, O., Wahrheit und Schönheit in der Psychoanalyse. (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen Heft 6.) Zürich. Rascher & Co.
Plaut, F., Psychiatrie und Schwangerschaftunterbrechung. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1108.
Pott Hofstede, G. W., De waarde van de combinatie-methode van *Ebbinghaus* bij psychosen. Inaug.-Diss. Groningen, Okt.
Reiß, Gerichtsärztliche Erfahrungen mit geistig Minderwertigen im Heimatgebiet. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 43. S. 377.
Scheminzky, F., Psychische Phänome. Wien. klin. Rundschau Nr. 39 u. 40. S. 220.
Schilder, P., Gesichtspunkte zur allgemeinen Psychiatrie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 699.
Scheminzky, F., Psychische Phänomene. Wien. d'une scarlatine. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 8. S. 489.
Schmidt, R., Die Sehnenreflexe mit besonderer Berücksichtigung des *Erb-Westphal*schen Phänomens von biologisch-konstitutionellen Gesichtspunkten. Med. Klin. Nr. 37. S. 899.
Schultze, F. E. O., Grundsätzliches und Kasuistisches über die Bildung von Begriffen und Komplexen und über das Ich. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 534.
Sicard, J. A., et H. Roger, Paralysie générale, syphilis nerveuse et liquide céphalo-rachidien. Presse méd. Nr. 50. S. 457.
Sommer, R., Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. X. Bd. H. 3. Halle. Carl Marhold. 202 S. 3 Mk.
Spitzer, H., Psychologie und Gehirnforschung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 401.
Stoll, Ergebnisse psychiatrischer Begutachtungen beim Kriegsgericht. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen X. Bd. H. 5.) Halle. Carl Marhold. 34 S. 1 Mk. 20 Pf.
Tetzner, R., Neurologie und Psychiatrie. (Ärztliche Bücherei für Fortbildung und Praxis Bd. V.) Leipzig. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands. 168 S. mit 4 Textfig. 5 Mk.
Wagner von Jauregg, Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 21/22. S. 132.
Weichbrodt, Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylatpräparat (Nr. 1495) in der Paralysetherapie. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1216.
Weygandt, W., Über das Problem der Hydrozephalie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 519.
Ziehen, Th., Einige Ergänzungen zu den Methoden der Intelligenzprüfung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 493.

14. Augenheilkunde.

Best, F., Über Nachtblindheit. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 2 u. 3. S. 168.
Cords, R., Angeborene Aplasie der äußeren Augenmuskeln. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1022.

Duverger, L'anesthésie locale en chiurugie orbito-oculaire. Presse méd. Nr. 44. S. 408.

Elschnig, A., Trachom und Trachombehandlung. Med. Klin. Nr. 41. S. 1003.

Hift, R., Beobachtungen über Skorbut und Hemeralopie. Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 939.

Hoche, P., Augenkunst. Hyg Nr. 13. S. 117.

Igersheimer, Zur Pathologie der Sehbahn. II. Über Hemianopsie. Arch. f. Opthalm. Bd. 97. H. 2 u. 3. S. 105.

Kirk, J., Malaria and diseases of the eye. Brit. med. Journ. 3005.

Koeppe, L., Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 2 u. 3, S. 198.

Krauß, H., Der Kriegsblinde und sein Schicksal. Hyg Nr. 13. S. 113.

Liebermann, L. v., Über die Behandlung der Ophthalmoblennorrhöe mit Milchinjektionen. Wien. med. Woch. Nr. 33. S. 1446.

Lister, W. T., Hanterian lecture on the pathological of certain war injuries of the eye. Lancet Nr. 4951.

Nelissen, A. A. M., en H. J. M. Weve, Gumma van het antrum Highmorien der oogholte. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 14. S. 1183.

Nordenson, J. W., Byggnaden och försvinnandet av linsens kärlkapsel. Svenska läkaresällsk. handl. Bd. 44. H. 3. S. 407.

Marx, E., Enkele opmerkingen over de bepaling van de grenzen van het gerichtsveld. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 11. S. 858.

Meller, J., Über einen zweiten Fall von sympathischer Ophthalmie nach Verletzung des Auges im Kriege. Wien. med. Woch. Nr. 31. S. 1369.

Müller, L., a) Prophylaktische Milchinjektionen bei Augenoperationen. b) Heilung der operativen Augenblennorrhöe durch Milchinjektionen. Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 933.

Oloff, H., Über die sogenannte Embolie der Arteria centralis retinae. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1129.

Pötzl, O., Bemerkungen über den Augenmaßfehler der Hemianopiker. Wien. klin. Woch. Nr. 43. S. 1149; Nr. 44. S. 1183.

Rochon-Duvigneaud, Le prélèvement et la fixation des globes oculaires dans les diverses de classes de vertébrés, pour la préparation des coupes et l'étude morphologique et histologique. Ann. d'ocul. Bd. 155. Nr. 5. S. 213.

Stähli, J., Die moderne klinische Untersuchung des vorderen Bulbusabschnittes, ihre Technik und ihre Resultate. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 833.

Szymanowski, K., Einwirkung des Krieges auf die Augenerkrankungen in der Heimat. D. med. Woch. Nr. 33. S. 913.

Weigelin, Die zweite Kriegstagung der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 44. S. 388.

Wilmsen, J., Ein Fall von doppelseitiger metastatischer Ophthalmie. Med. Klin. Nr. 41. S. 1017.

15. Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes und Rachens.

Albrecht, W., Die Prüfung auf Simulation bei Schwerhörigkeit und Taubheit. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 44. S. 385.

Baginsky, B., Über die Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Ther. d. Gegenw. H. 8. S. 256.

Barth, E., Zur Differentialdiagnose organischer und psychogener Hörstörungen. D. med. Woch. Nr. 36. S. 993.

Belinoff, S., Bemerkung zum Artikel „Ein objektives Prüfungsmittel zur Feststellung der Taubheit und Schwerhörigkeit" von Dr. *Falta.* Wien. med. Woch. Nr. 31. S. 1380.

Berthold, B., Die Aufdeckung des wahren Hörvermögens bei funktioneller Schwerhörigkeit. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 847.

Blau, A., Die Behandlung der Schußverletzungen der Nebenhöhlen der Nase. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1133.

Blau, A., Schußverletzungen der Nasennebenhöhlen, ihre Folgen und ihre Behandlung. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 162.

Bleyl, Über Hörstörungen nach Schußverletzungen des Schädels. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 86.

Brüggmann, A., Behandlung psychogener Stimmstörungen im Feldlazarett. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 81.

Brüggemann, A., Die offene und tamponlose Wundbehandlung nach Warzenfortsatzoperationen. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1161.

Elze, C., und K. Beck, Die nervösen Wundernetze des Hypopharynx. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 185.

Falta, M., Erwiderung zur Bemerkung über meine objektive Untersuchungsmethode bei Taubheit und Schwerhörigkeit. Wien. med. Woch. Nr. 31. S. 1380.

Fleischmann, O., Studien über die Herkunft des Labyrinthwassers. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 193.

Gatscher, S., Ein Beitrag zur otologischen Kasuistik. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryng. H. 5 u. 6. S. 272.

Gerber, Über Heiserkeit. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 561.

Gerber, P., Weitere Beiträge zur Antritis dilatans. Zeitschr. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 8. H. 5. S. 405.

Goebel, O., Zur Wertung des psycho-galvanischen Reflexes. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 182.

Haböck, Fr., Die Eunuchenstimme und ihre künstlerische Verwendung. Wien. med. Woch. Nr. 34. S. 1503; Nr. 35. S. 1543.

Haren, P., Mißbildung des äußeren Ohres mit kongenitaler Akustikus- und Fazialislähmung. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 158.

Heusner, H. L., Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit natürlichem und künstlichem Licht und Beschreibung eines neuen Ansatzes für die Bestrahlung mit Quarz- und Bogenlicht. Therap. Monatsh. H. 8. S. 277.

Hirsch, C., Granugenol in der Nachbehandlung von Warzenfortsatzaufmeiselungen. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 186.

Hofer, G., Über Prognose von Karzinomen der Nasenhöhle. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 465.

Hofner, G., Über die äußeren Larynx-Operationen wegen maligner Tumoren. Wien. klin. Woch. Nr. 36. S. 982.

Hovorka, O. v., Die Sprache und ihre Störungen bei schwachsinnigen Kindern. Wien. klin. Woch. Nr. 33 u. 34. S. 183.

Imhofer, R., Die Diagnose und Begutachtung der traumatischen Trommelfellruptur. Med. Klin. Nr. 34. S. 827.

Imhofer, R., Erfahrungen über parenterale Milchinjektionen bei akuter Mittelohrentzündung. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 93.

Kirchner, C., Über die Anwendung von Ortizon in der Ohenheilk. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 846.

Klemperer, P., Diphtheritische Entzündung

der Luftwege, hervorgerufen durch Influenzabazillen. Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 944.

Kronenberg, E., Der Einfluß der Kriegsschädigungen auf Erkrankungen der Nase und der oberen Luftwege. Zeitschr. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 8. H. 5. S. 418.

Levinstein, O., Über Tonsillenneuralgie bei Pharyngitis chronica. Zeitschr. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 8. H. 5. S. 441.

Levy, Du Pan, Paralysie du voile du palais post-grippale. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 10. S. 613.

Mc Bride, P., and A. Logan Turner, War deafness with special reference to the value of vestibular tests. Lancet Nr. 4951.

Mink, P. J., De angina tonsillaris als symptoom. Geneesk. Bladen Bd. 20. H. 7. S. 211.

Moure, E. J., G. Liébault et G. Canuyt, Pathologie de guerre du larynx et de la trachée. Paris. Félix Alcan. 1 vol in-8°. 370 S. 128 Abb. u. 8 farb. Taf. 25 frs.

Onodi, A., Ergebnisse der Abteilung für Hör-, Sprach-, Stimmstörungen und Tracheotomierte vom Kriegsschauplatze, mit einem rhino-laryngologischen Anhang. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 7 u. 8. S. 365.

Orth, O., Der quere Luftröhrenschnitt. Wien. klin. Woch. Nr. 35. S. 971.

Piéron, H., Les fondements de la séméiologie labyrinthique (signification des épreuves cliniques). Presse méd. Nr. 48. S. 439.

Reinking, Fr., Über die primäre Naht der retroaurikulären Wunde nach Operationen am akut erkrankten Warzenfortsatz. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 126.

Riese, E., Der sogenannte Stimmritzenkrampf kein Krampf, sondern eine Lähmung. Vorschlag eines Mittels dagegen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 2 u. 3. S. 166.

Ruttin, E., Über Ohrenbefunde bei queren Gewehrdurchschüssen des Gesichtes. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryng. H. 5 u. 6. S. 241.

Schlesinger, E., Ein seltener Fremdkörper der Trachea mit schwersten Stenoseerscheinungen. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1055.

Schmuckert, Über das Auftreten von Bullae haemorrhagicae bei der akuten Otitis media. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 874.

Steiner, R., Die Tonsillektomie und ihre Bedeutung für die Behandlung von Allgemeinerkrankungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 7 u. 8. S. 337.

Stenger, Neuritis retrobulbaris und Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Ein Beitrag zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Neuritis retrobulbaris. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. H. 3 u. 4. S. 137.

Wassermann, M., Über Trommelfellzerreissungen und neue Gesichtspunkte ihrer Behandlung. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1023.

Wildegans, Ein Beitrag zu den Schußverletzungen des Kehlkopfs und der Luftröhre im Felde. Bruns Beitr. Bd. 112. H. 5. S. 601.

Wodak, E., Beitrag zur Klinik der artefiziellen Otitiden. Med. Klin. Nr. 42. S. 1032.

Wodak, E., Zur medikamentösen Behandlung der Mittelohreiterungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryng. H. 5 u. 6. S. 262.

Wotzilka, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Regt.-Arzt Dr. *T. Suss*: Über primäre Diphtherie des äußeren Gehörganges; in dieser Wochenschr. Wien. klin. Woch. Nr. 34. S. 945.

16. Haut- und venerische Krankheiten.

1. *Hautkrankheiten.*

Bais, W. J., Een snelkuur tegen schurft. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 12. S. 953.

Barber, H. W., and H. C. Semon, Observations on the etiology and treatment of seborrhoeic eruptions. Preliminary report. Brit. med. Journ. Nr. 3010.

Bessunger, Ein neuer Weg zur Lupusheilung. (Chemotherapie des Lupus mit röntgenisierten Jodsubstanzen.) D. med. Woch. Nr. 39. S. 1076.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. XVI. Abhandlung: Die Regeneration der Haut. 2. Teil. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1209.

Bory, L., Quelques précisions sur le traitement du psoriasis par le soufre dissous. Presse méd. Nr. 47. S. 432.

Burnier, R., La simulation en dermato-vénéréologie. Presse méd. Nr. 53. S. 493.

Carol, W. L. L., De complement-bindingsreatic bij trichophytie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 10. S. 784.

Clasen, F. E., Varizen und Ulcus cruris und ihre Behandlung als „Spezialität" für den praktischen Arzt. Med. Klin. Nr. 34. S. 841; Nr. 35. S. 865; Nr. 36. S. 890.

Galewsky, Über Melanodermien und Dermatosen durch Kriegs-Ersatzmittel. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 930.

Hoffmann, E., Über weitverbreitete Hautxanthomatose bei hochgradiger diabetischer Lipannie. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1050.

Kerl, W., Beiträge zur Kenntnis der Verkalkungen der Haut. Arch. f. Derm. Bd. 126. H. 1. S. 172.

Landau, H., Über Desinfektionsversuche mit Trichophytonpilzen und über die Maßnahmen zur Bekämpfung der Trichophytie. Med. Klin. Nr. 41. S. 1012.

Meyer, F. M., Ein Fall von schwerer Radiodermatitis und seine Bedeutung für die Praxis. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1165.

Meyer, F. M., Die Behandlung des Haarausfalls mit Quarzlicht. D. med. Woch. S. 1138.

Saalfeld, E., Über einige Kriegsdermatosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 572.

Schäffer, J., Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Ärzte und Studierende. 3. verm. u. verbess. Aufl. Wien. Urban & Schwarzenberg. 468 S. 87 Abb. im Text. Geb. 15 Mk.

Sellei, J., Terpentinölinjektionen bei einigen Hautkrankheiten. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1028.

Spiegler, F., Über einen Fall von Alopecia universalis trophoneurotica nach Granatschock. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1087.

Zeuner, W., Trockenbehandlung der Bartflechten. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 32. S. 120.

Zweig, L., Zur Prophylaxe der Bartflechte. Med. Klin. Nr. 38. S. 938.

2. *Venerische Krankheiten.*

Almkvist, J., Kort överblick över utvecklingen av syfilis' behandling. Hygiea Bd. 80, H. 19. S. 1105.

Baar, V., Neosalvarsan bei gonorrhoischer Zystitis. Wien. med. Woch. Nr. 40. S. 1760.

Blaschko, A., Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1065; Nr. 40. S. 1097; Nr. 41. S. 1124.

Brauer, A., Über die vier Stadien der Syphilis. Arch. f. Derm. Bd. 126. H. 1. S. 311.

Busch, A., Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten auf Grund einer Erhebung des Verbandes Deutscher Städtestatistiker. (Schriften des Verbandes Deutscher Städtestatistiker. Heft 6.) Breslau. Wilh. Korn. 42 S. Geh. 1 Mk. 60 Pf.

Crohn, M., Intravenöse Kollargolbehandlung der Gonorrhöe. Münch. med. Woch. Nr. 42. S. 1161.

Cumston, C. G., Un cas d'arthrite hydarthro-

sique gonococcique traité par les injections intraveineuses de soufre colloidal. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 8. S. 483.

Dubreuilh, W., et E. Mallein, Traitement des bubons chancrelleux par le procédé de Fontan. Presse méd. Nr. 39. S. 361.

Fabry, Joh., Über die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1217.

Ferrand, M., Formes papulleuse et nodulaire du chancre simple de la région balano-préputiale. Presse méd. Nr. 41. S. 375.

Gellis, S., und J. Winter, Über Milchinjektionsbehandlung gonorrhoischer Komplikationen. Arch. f. Derm. Bd. 126. H. 1. S. 267.

Grau, O., Über die Wärmebehandlung der Gonorrhöe. Klin.-ther. Woch. Nr. 37 u. 38. S. 286.

Hecht, H., Die kombinierte Abortivbehandlung der Syphilis. Arch. f. Derm. Bd. 126. H. 1. S. 327.

Heufeld, J., Zur Frage der Reinfektion bei Syphilis. Wien. klin. Woch. Nr. 33. S. 921.

Hübner, Der Wert der Salvarsanbehandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 923.

Jacobsohn, L., *A. v. Wassermann* über die Radikalheilung der Syphilis. Therap. d. Gegenw. H. 9. S. 311.

Königstein, H., Bedeutung der Konstitution für den Verlauf der Syphilis. Wien. klin. Woch. Nr. 39. S. 1053.

Lesser, F., *Meinickes* Serumreaktion auf Syphilis. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 875.

Letulle, M., Le péritonite syphilitique. Presse méd. Nr. 52. S. 477.

Mc Donagh, J. E. R., The chemiotherapeutic treatment of gonorrhoea. Brit. med. Journ. Nr. 3002.

Menzi, H., Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Med. Klin. Nr. 36. S. 886.

Neugebauer, G., Zur Syphilisbehandlung. Med. Klin. Nr. 32. S. 792.

Pártos, A., Zur Frage der Reinfektion bei Syphilis. Wien. klin. Woch. Nr. 33. S. 921.

Scholtz, W., Über die Feststellung der Heilung der Gonorrhöe. D. med. Woch. Nr. 32. S. 878.

Silberstein, Zur Behandlung geschlechtskranker Frauen in einem Frauen-Lazarett. Therap. Monatsh. H. 8. S. 292.

Sommer, A., Über den Erfolg der Behandlung der weiblichen Urethral-Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1111.

Sommer, A., Über die Erkrankung mit weichem Schanker bei den Soldaten einer Armee im Westen und Vorschlag zur Bekämpfung des weichen Schankers. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1161.

Zieler, K., Zur Frage der Zuverlässigkeit der *Wassermann*schen Reaktion. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 893; Nr. 34. S. 939.

17. Zahnheilkunde.

Adam, Zahn- und Augenleiden. D. Monatschr. f. Zahnheilk. H. 8. S. 225.

Greve, F., Die Behandlung der Milchzähne. Leipzig. Benno Konegen Verlag. 32 S. 60 Pf.

Hausmann, M., Zur Kenntnis der Alveolarpyorrhöe. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 36. S. 1197.

Hepner, E., und R. Neumann, Über Behandlung von Kriegsverletzungen im Bereiche der Kiefer. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 10. S. 292.

Klughardt, Das orthodontische Prinzip bei der Behandlung von Kieferfrakturen. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 8. S. 231.

Kron, H., Verletzung des Nervus lingualis in der Mundhöhle. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 10. S. 289.

Weiser, R., Die odontorthopädische Versorgung der bleibenden Unterkieferpseudarthrosen und die dadurch erzielte Behebung der bisherigen Invalidität und Erwerbsunfähigkeit dieser Kriegsinvaliden. Erweiterte Diskussionsbemerkungen und Entgegnungen zum Artikel von Stabsarzt Dr. *Josef v. Bodo.* W. klin. Woch. Nr. 40. S. 1097.

Williger, Weichteilzysten an den Mundgebilden, mit besonderer Berücksichtigung der Gesichtsspaltenzysten. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 9. S. 257.

18. Hygiene, Sanitätspolizei, Gewerbekrankheiten, Tropenhygiene.

Albert, R., Schafft Hochschulen für Körper- und Schönheitspflege. Hyg Nr. 15. S. 133.

Baldy, J. M., The most effective methods of control of venereal diseases. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 238.

Böing, H., Die Dauer des Impfschutzes. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 43. S. 169.

Boyé, K., Ruhrbekämpfung durch Schutzimpfung mit Dysbakta-Boehncke. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 961.

Brandenberg, F., Die Pflichten des praktischen Arztes gegenüber der Ansteckungsgefahr der Diphtherie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35. S. 1106.

Christiansen, J., Zur Theorie und Praxis der Alkoholdesinfektion. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 102 H. 5 u. 6. S. 275.

Deacon, M. A. S., Thoughts on the employment of pregnant women in munition factories. Lancet Nr. 4958.

Determann, H., Kriegsernährung und Gesundheit. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 29.

Diamantis, Un nouveau traitement de l'hématurie bilharzienne en Egypte. Journ. d'Urol. Bd. 7. Nr. 1. S. 17.

Dienemann, Briefe eines Arztes über Ernährung an einen Laien. Mit einem Geleitwort des Herrn Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. *Abel,* Jena. 2. verm. Aufl. Jena. Gust. Fischer. 104 S. Brosch. 2 Mk. 80 Pfg.

Fairweather, S. D., Boot heels as a cause of flat-foot, soldier's heart, myalgia etc. Brit. med. Journ. Nr. 3012.

Fischer-Defoy, W., Schule und Bevölkerungshygiene. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 7 u. 8. S. 273.

Fischer-Defoy, W., Wohnungsnot und Krankheitsübertragung. Umschau Nr. 40. S. 495.

Galli-Valerio, B., Neue Beiträge zur Biologie und zur Bekämpfung der Läuse. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 40. S. 1341.

Gigon, A., Einiges über Ernährung und Diät im Kriege. Wien. klin. Rundsch. Nr. 33 u. 34. S. 187.

Hanauer, Die Schulhygiene im Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 17. S. 467.

Heil, C. P., Die Bedeutung der eigenen Heimstätte für den Gesundheitsstand unseres Volkes, insbesondere unserer heimkehrenden Krieger. Hyg. Nr. 12. S. 105.

Hoche, P., Der Sport als Erziehungsmittel. Hyg. Nr. 15. S. 130.

Hofmeister, F., Qualitativ unzureichende Ernährung. Umschau Nr. 38. S. 461.

Hunter, W., A lecture on the prevention and arrest of lice borne diseases by new methods of desinfection. Lancet Nr. 4959 u. 4960.

Jourdran, Ed., et L. Royer, Javellisation automatique de l'eau (procédé *Jourdran-Royer*). Presse méd. Nr. 38. Suppl. S. 447.

Kirchner, M., Die Bedeutung des öffentlichen

Gesundheitswesens und dessen Ausbau in der Zukunft. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 20. S. 529.

Lentz, O., Bedeutung der Keimträger. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 18. S. 474.

Loewe, S., Die pharmakologische Seite des Ernährungsproblems. Therap. Monatsh. H. 9. S. 343.

M., R., La chloration. Nouveau procédé de sterilisation des eaux. Presse méd. Nr. 35. Suppl. S. 405.

Neufeld, F., Über Desinfektion und Belehrung als Mittel zur Seuchenbekämpfung, insbesondere zur Ruhrbekämpfung. Med. Klin. Nr. 33. S. 803.

Newsholme, A., An address on some aspects of maternity and child-welfare work. Lancet Nr. 4949.

Pooler, H. W., Infant mortality and the education of the mother; a criticism of the report of the medical research committee. Lancet Nr. 4949.

Ruys, J. D., Über die Wasserversorgung mittels Zisternen. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 205.

Schürmann, H., Die Übertragung der Ruhr durch Fliegen und ihre Bekämpfung durch fliegensichere Latrinen. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 878.

Silberschmidt, W., Über Ernährungsfragen. Wien. klin. Rundsch. Nr. 31 u. 32. S. 171.

u. 6. S. 235.

Süpfle, K., Über die Wirksamkeit der Formaldehyd-Raumdesinfektion. Arch. f. Hyg. Bd. 87 H. 5 u. 6. S. 235.

Süpfle, K., Weitere Untersuchungen über optimale Nährboden zur Nachkultur bei der Prüfung von Desinfektionsverfahren. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 232.

Tournade, A., La pratique de l'hygiène en campagne. Fournier, éd. Paris. i vol. in-8º.

Weber, E., Bemerkung zu den „Arbeitshygienischen Untersuchungen" *W. Weichardts* und *H. Lindners*. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 5 u. 6. S. 207.

Weltmann, O., Über eine extrem mitigierte Typhusendemie. Münchn. med. Woch. N. 41. S. 1137.

Wendenburg, Einfluß der Berufs- und Kriegsarbeit auf die Gesundheit der Frau. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 18. S. 382.

Wilhelmi, J., Die Miesmuschel als Nahrungsmittel, insbesondere vom hygienischen Standpunkt betrachtet. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. H. 1. S. 1.

Zuntz, N., Die Ernährungsverhältnisse Deutschlands nach dem Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 20. S. 535.

19. Soziale und gerichtliche Medizin, Unfall- und Versicherungskunde.

Amann, J. A., Zum Bevölkerungsproblem. Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1132.

Aschrott, Ein preußisches Jugendfürsorge-Gesetz. D. Strafrechtszeit. H. 7 u. 8. S. 212.

Benthin, W., Die Erhaltung des Kindeslebens in der Geburt. Med. Klin. Nr. 35. S. 861; Nr. 37. S. 908; Nr. 38. S. 936.

Benthin, W., Der Kindsverlust in der Geburt und seine Verhütung. D. med. Woch. Nr. 33. S. 904.

Berend, N., Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 8—12. S. 612.

Biggs, M., G., The clinical organisation of the profession from a general practitioners point of view. Brit. med. Journ. Nr. 3002.

Boruttau, H., Der Mechanismus des Todes durch elektrischen Starkstrom und die Möglichkeit der Wiederbelebung. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 9. S. 37.

Bresler, J., Rentenkampfneurose. („Unfallgesetzneurose".) (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, X. Bd. H. 6.) Halle. Carl Marhold. 46 S. 1 Mk. 50 Pf.

Bumm, E., Zur Bevölkerungspolitik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. S. 617.

Bürger, L., Gerichtliche Medizin und Krieg. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 19.

Clark, J. G., Medical teaching and research after the war. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 2. S. 220.

Dawson, B., An address on the future of the medical profession. Brit. med. Journ. Nr. 3002 u. 3003; Lancet Nr. 4951.

Dörfler, H., Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsfürsorgerin? Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 17. S. 353.

Dworetzky, A., Der methodologische Unterschied zwischen theoretischer und praktischer Medizin. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1086; Nr. 40. S. 1110.

Dyrenfurth, Einige gerichtsärztliche Kriegserfahrungen. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 36.

Eisenträger, H., Der Kinder-Rettungsverein. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 9. S. 351.

Fels, J., Bemerkungen über Krankenentlassung. Med. Klin. Nr. 36. S. 885.

Frank, P., Angeblicher Blitzschlag nicht als Unfall anerkannt. Med. Klin. N. 36. S. 889.

Frank, P., Fall, Kopfverletzung, tödliche Hirnhautentzündung kein Zusammenhang. Med. Klin. Nr. 34. S. 843.

Frickhinger, Amtsärzte in Bayern und Neuregelung ihrer Gehaltsordnung. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 19. S. 407.

Frickhinger, H. W., Ein Forschungsinstitut zur Bekämpfung tierischer Schädlinge. Umschau Nr. 42. S. 525.

Friedberger, E., Über die Schaffung einer staatlichen Zentralstelle zur Züchtung von Versuchstieren. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1219.

Frouz, E., Zur Reform des medizinischen Unterrichts. Wien. med. Woch. Nr. 36. S. 1561.

v. Golz, Zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei der chronischen Lungentuberkulose im Invalidenrentenverfahren. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9. S. 303.

Gottstein, A., Der Entwurf eines preußischen Jugendfürsorgegesetzes. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1029.

Gottstein, A., Soziale Hygiene und Medizin. Vorschriften über die staatliche Prüfung von Fürsorgerinnen. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1199.

Guggisberg, H., Beitrag zur Frage des Geburtenrückganges. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 37. S. 1233.

Güth, G., Syphilisserodiagnostik bei Prostituierten. Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. 1917/18. Bd. 18. Nr. 9. S. 221.

Haberda, A., Gerichtsärztliche Erfahrungen über die Fruchtabtreibung in Wien. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 55.

Hanauer, W., Bericht über die anderen Gebiete der sozialen Medizin. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 9. S. 15.

Heil, C. P. Die Bedeutung der eigenen Heimstätte für den Gesundheitsstand unseres Volkes, insbesondere unserer heimkehrenden Krieger. Hyg Nr. 13. S. 119.

Hellwig, A., Die Bedeutung des Reichslichtspielgesetzentwurfs vom Standpunkt der Jugenderziehung. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 9. S. 354.

Henkel, M., Zum Prozeß Henkel. Erwiderung auf den gleichnamigen Aufsatz von *Ernst Giese*, Bezirksarzt in Jena u. a.o. Professor an der Universität Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1192.

Hirsch, L., Über den vom Arzt unbeabsichtigt eingeleiteten Abort und seine strafrechtliche Bedeutung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 105.

Hochenegg, J. v., Das Ministerium für Volksgesundheit. Klin.-therap. Woch. Nr. 31 u. 32. S. 234.

Hochenegg, J. v., Zur Organisation des ärztlichen Fortbildungswesens in Österreich. Wien. med. Woch. Nr. 39. S. 1709.

Holzknecht, G., Ein Beitrag zur Reform des medizinischen Unterrichts. Zugleich eine Ergänzung des *Stigler*schen Vorschlages. Wien. med. Woch. Nr. 38. S. 1655.

Jadassohn, J., Zu dem Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. D. med. Woch. Nr. 34. S. 942.

Janssen, C., Haftet der Arzt für einen unentgeltlichen Rat? Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 19. S. 526.

Jellinek, St., Die Eigenart der elektrischen Verletzung und ihre ärztliche Wertung. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1173.

Joachim, Reichsumsatzsteuer und Ärzteschaft. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 18. S. 497.

Katz, H., Über eine gleichzeitige Vergiftung zweier Familien durch Leuchtgas. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 19. S. 393.

Kempf, H., Über die Bedeutung der Nebennierenblutungen für den plötzlichen Tod. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. H. 1. S. 71.

Kratter, J., Zur Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 484.

Kraus, Bekämpfung der Tuberkulose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 19. S. 505.

Krauß, Unfall (Quetschung des Brustkorbs) beim Aufladen von Hopfenstangen auf einem Hopfenacker. Landwirtschaftlicher oder hauswirtschaftlicher Unfall? Frage des ursächlichen Zusammenhanges des ein starkes Jahr später infolge Lungenentzündung eingetretenen Todes des Verletzten mit dem Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 8. S. 178.

Kuthe, E., Die Regeleung der kassenärztlichen Verhältnisse in Groß-Berlin. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 16. S. 442.

Langstein, Forderungen für die Gestaltung des Berufs der Krankenpflegerinnen. Med. Klin. Nr. 32. S. 778.

Lenz, F., Die Gesetzentwürfe gegen die Verhinderung von Geburten. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 911.

Leppmann, A., Ein Mörder. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 165.

Levi, E., Technical re-education in Italy. Lancet Nr. 4950.

Loeb, S., Dienstverweigerung aus religiösen Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Psych.-neurol. Woch. 1918/19. Nr. 29/30. S. 191.

Lossen, H., Trauma und multiple Sklerose. Monattschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 8. S. 182.

Mamlock, G., Die Kasuistik der Impfgegner. D. med. Woch. Nr. 33. S. 917.

Marckwald, H., Geburtenrückgang und Strafgesetzbuch. Hyg Nr. 10. S. 95.

Martius, M., Wissenschaft und Ethik als Grenzhüter der Eugenik. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 4. H. 1 u. 2. S. 29.

Marx, H., Das Gesetz des kürzesten Weges. Ein kriminalphilosophisches Vorwort. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 217.

Meyer, E., Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung im Falle des § 176, 2 StGB. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 611.

Mittermaier, W., Gewerbsmäßige Unzucht und Kuppelei in der Strafgesetzgebung seit 1906. Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. 1917/18. Bd. 18. Nr. 9. S. 280.

Moeli, C., Die Berücksichtigung der geistigen Anomalien durch die Zivilgesetzgebung der Schweiz und Österreichs. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. H. 1. S. 97.

Nagel, Eine Betrachtung zugunsten der straffälligen Jugend. D. Strafrechtszeit. H. 9 u. 10. S. 278.

Nassauer, M., Der Schrei nach dem Kinde. II. Der moderne Kindermord (künstlicher Abort). Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 4. H. 1 u. 2. S. 37.

Neumann, W., Richtlinien zur erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Wien. klin. Woch. Nr. 42. S. 1138.

Peltesohn, Zur Verringerung des Spiritusverbrauchs. D. med. Woch. Nr. 36. S. 997.

Puppe, Die gerichtsärztliche Beurteilung durch den Arzt herbeigeführter Schwangerschaftsunterbrechungen und Unfruchtbarmachungen. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 228.

Quincke, H., Über ansteckende Krankheiten und die Strafbarkeit ihrer Übertragung. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1081.

Rapmund, O., Entwurf eines preußischen Jugendfürsorgegesetzes. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 16. S. 337.

Rapmund, O., Entwurf eines Gesetzes gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 15. S. 313.

Rothschild, D., Die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit Tuberkulöser. Therap. Monatsh. H. 10. S. 369.

Schaller, L. F., Über die Bevölkerungsfrage und die Anzeigestellung zur künstlichen Fehlgeburt. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 33. S. 289.

Scholz, Bedeutung des Hypnotismus für Strafrecht und Strafprozeß. D. Strafrechtszeit. H. 9 u. 10. S. 282.

Schwalbe, J., Zur Neuordnung des medizinischen Studiums. Leipzig. Georg Thieme. 106 S. Pr. m. Teuerungszuschl. 6 Mk.

Seifert, O., Kurzer Beitrag zur Selbstverstümmelung. Med. Klin. Nr. 32. S. 778.

Sieveking, Selbstmorde und Selbstmordversuche durch Gift in der Stadt Hamburg in den Jahren 1904 bis 1917. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. H. 1. S. 163.

Spinner, J. R., Der Giftselbstmord der Frauen. Zur Kritik der Theorie vom Überwiegen der Frauen im Giftselbstmord. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 4. H. 1 u. 2. S. 93.

Starling, E. H., Natural science in education. Notes on the report of the committee on the position of natural science in the educational system of great Britain. Lancet Nr. 4959.

Stigler, R., Eine Kritik der gegenwärtigen medizinischen Unterrichtsmethode und ein Plan zu ihrer zweckdienlichen Umgestaltung. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1083.

Stigler, R., Wie kann die Neugestaltung des medizinischen Unterrichts durchgeführt werden? Wien. med. Woch. Nr. 32. S. 1405.

Stransky, M., Kollegen, errichten wir ein Erholungsheim für Ärzte? Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1096.

Stursberg, H., Bemerkungen über Mängel in der ärztlichen Vorbildung und Vorschläge zu ihrer Besserung. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1 u. 3. S. 189.

Tandler, J., Medizinische Ausbildung. Wien. med. Woch. Nr. 39. S. 1705; Nr. 40. S. 1751.

Vaerting, M., Der Vaterschutz. Neue Wege zur Erhaltung der Manneskraft. (Volkshygienische Bücherei. Zeitgemäße Sammlung guter volkstümlich-medizinischer Literatur. 7. Bd.) Dresden-A. 19. Volkshygienischer Verlag. 150 S. 3 Mk. 60 Pf.

Weiß, S., Zur Neuordnung der Säuglingsfürsorge in Österreich. Wien. klin. Woch. Nr. 41. S. 1111.

Wick, L., Über die Schaffung einer Tuberkuloseheilstätte im Süden der Monarchie. Wien. klin. Woch. Nr. 41. S. 1108.

Ziemke, E., Über die kriminelle Zerstückelung von Leichen und die Sicherstellung ihrer Identität. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 56. S. 270.

20. Militärärztliche Wissenschaft.

André-Thomas, Syndrome du ganglion cervical inférieur du grand sympathique dans les blessures de guerre. Presse méd. Nr. 36. S. 329.

Averill, C., and J. Griffiths, The influensa epidemic in a camp. Brit. med. Journ. Nr. 3005.

Bardeleben, H. v., Ein Feldsterilisationsherd für Sanitätskompagnien, insbesondere für den Bewegungskrieg. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1030.

Bergeret, J., Contribution à l'étude des plaies de guerre de la rate. Thèse de Paris 1917. 68 S.

Bonnet, M., Contribution à l'étude des effets des explosions de guerre sur l'organisme. Inaug.-Diss. in Nancy. 111 S.

Brown, W., The treatment of cases of shell shock in an advanced neurological centre. Lancet Nr. 4955.

Bury, J. S., Remarks on the pathology of war neuroses. An address given to the officers at the Lord Derby War hospital. Lancet Nr. 4952.

Core, D. E., The „instinct-distortion" or „war neurosis". Lancet Nr. 4954.

Desfosses, P., Centre de ré-éducation du camp de H... Presse méd. Nr. 40. Suppl. S. 469.

Desfosses, P., Hôpital militaire canadien de Joinville-le-Port. Presse méd. Nr. 38. Suppl. S. 445.

Drüner, Die Desinfektion des Geschoßbettes. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1135.

Dyke, S. C., The prognosis in „trench" nephritis. Lancet Nr. 4958.

Fraser, F., and R. M. Wilson, The sympathetic nervous system and the „irritable heart of soldiers". Brit. med. Journ. Nr. 3002.

Frisch, O. v., Erfahrungen mit der *Lane*schen Methode bei Behandlung der Kriegspseudarthrosen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 3 u. 4. S. 722.

Fromme, Über Wasserbeurteilung im Felde. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 848.

Gelencser, M., Über Nachtblindheit als Ausfallserscheinung infolge Ernährungsstörungen im Felde. Wien. med. Woch. Nr. 38. S. 1664.

Goetze, O., Ein Verbandstisch für den Schützengraben. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 879.

Guillain, G., Les hémorragies méningées dans la pathologie de guerre. Presse méd. Nr. 49. S. 449.

Guttmann, A., Stimmstörungen im Felde. D. med. Woch. Nr. 32. S. 883.

Haas, W., Zur Verletzung durch Phosphorgeschosse. Zentralbl. f. Chir. Nr. 44. S. 792.

Harmsen, E., Kriegsnephritis. Klin.-therap. Woch. Nr. 39 u. 40. S. 306.

Hentig, H. v., Über den Einfluß klimatischer Elemente auf die Psyche des Soldaten im Orient. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1222.

Herzfeld, E., Über Puls- und Blutdruckuntersuchungen bei Kriegsteilnehmern. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 8 u. 9, S. 311.

Huot, L., et P. Voiverel, La psychologie du soldat Paris, éd. La Renaissance du Livre. 1 vol. in-8°. 165 S. 2.50 frs.

Hurst, A. F., and J. L. M. Symns, The rapid cure of hysterical symptoms in soldiers. Lancet Nr. 4953.

Jolly, Ph., Kriegshysterie und Beruf. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 59. H. 2 u. 3. S. 872.

Jones, R., Military orthopaedic surgery: its scope and aims. Lancet Nr. 4952.

Julia, E. F., La mort du soldat. Paris. Libraire Académique Perrin et Cie. 1 vol. in-16°. 255 S. 4.50 frs.

Kaup, J., Kriegsbeschädigtenfürsorge und Sozialhygiene. Wien. med. Woch. Nr. 41. S. 1789.

Klauber, E., Zur Beurteilung von Sehgebrechen bezüglich militärischer Versorgungsansprüche. Wien. med. Woch. Nr. 37. S. 1601.

Klewitz, F., Berufsarbeit und Herzvergrößerung bei Frontsoldaten. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 927.

Koepchen, Über die Behandlung der Kriegsneurotiker. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1 u. 3. S. 107.

Korner, F., Bemerkungen zur Herzneurose im Felde. Wien. med. Woch. Nr. 35. S. 1530.

Labbé, M., Les constipés de l'armée. Presse méd. Nr. 42. S. 385.

Léri, A., Les commotions „retordées" par explosion d'obus. Presse méd. Nr. 44. S. 403.

Liebermeister, Verhütung von Kriegsneurosen. Württemb. Kor.-Bl. Nr. 35. S. 307.

Loeper, Etudes sur la pathologie du soldat. Paris. Jouve, éd. 1 vol. in-8°. 251 S. 8 frs.

Loewy, E., Kriegsneurotiker und Verwundetenabzeichen. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1107.

Mohr, F., Über die Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken. Med. Klin. Nr. 34. S. 831.

Morawitz, P., Kriegserfahrungen und Fortschritte. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 10. S. 13.

Netter, F., L'épilepsie généralisée consécutive aux traumatismes de guerre cranio-cérébraux. Paris 1917. Inaug.-Diss. 102 S.

Neumann, Kriegsbeschädigten-Fürsorge. Hyg Nr. 9. S. 81.

Oberndorfer, Pathologisch-anatomische Erfahrungen über innere Krankheiten im Felde. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1154; Nr. 43. S. 1189.

Oppenheimer, B. S., and M. A. Rothschild, The psychoneurotic factor in the „irritable heart" of soldiers. Brit. med. Journ. Nr. 3002.

Papillon, F. E. A., Le facteur essentiel de gravité des plaies de guerre: importance de l'attrition des tissus; déductions thérapeutiques. Thèse de Paris 1917. 73 S.

Pariser, O., Die Wundbehandlung im Kriege. (Erfahrungen mit Almatein.) Med. Klin. Nr. 43. S. 1067.

Picard, P., Anesthésie générale en chirurgie de guerre. Presse méd. Nr. 37. S. 340.

Piltz, J., Ein Beitrag zum Studium der sogenannten Kriegsneurosen und deren Behandlung auf Grund eigener Erfahrungen. Neur. Zentralbl. Nr. 19. S. 650.

Pohl, W., Die *Sehrt*sche Klemme auf dem Hauptverbandplatz. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1188.

Ruß, K., Die Seuchenbekämpfung bei der Isonzoarmee. Wien. med. Woch. Nr. 34. S. 1481; Nr. 35. S. 1523.

Russell Wells, S., A collective investigation of ten thousand recruits with doubtfoul heart conditions. Second report. Brit. med. Journ. Nr. 3010.

Saint, Ch. F. M., Three cases in which laminectomy for the removal of shell canal was performed. Brit. md. Journ. Nr. 3011.

Saint-Paul, Le rôle mondial du médicin militaire. Paris. Alcan éd. 1 vol in-16°. 296 S. 3.50 frs.

Sardemann, Fürsorge bei Kriegsbeschädigungen ärztlichen Wissens und Könnens. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 16. S. 440.

Sauerbruch, F., Die Verwendung willkürlich bewegbarer Ersatzglieder bei den Kriegsamputierten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 16. S. 417.

Schlayer, Die Behandlung der nierenkranken Heeresangehörigen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 34. S. 299. — Wien. klin. Rundsch. Nr. 35 u. 36. S. 195.

Schüller, A., Heilstätten für nervenkranke Krieger. Wien. med. Woch. Nr. 38. S. 1651.

Seifert, O., Über funktionelle und organische Stimm- und Sprachstörungen bei Soldaten. Münchn. med. Woch. Nr. 40. S. 1105. — Würzb. Abhandl. Bd. 17. H. 12. S. 219.

Smith, S. Maynard, A lecture on treatment of the wounded in the aid posts and field ambulances. Brit. med. Journ. Nr. 3006.

Spitzy, H., Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge, Wien September 1918. Wien. med. Woch. Nr. 37. S. 1567.

Stein, Die Behandlung von Bauchhöhlendurchschüssen im Feldlazarett. D. med. Woch. Nr. 39. S. 940.

Syriax, E. F., Blood pressure in war traumatisms: a possible source of error. Brit. med. Journ. Nr. 3006.

Taschenbuch des Feldarztes. IX. Teil. Röntgenuntersuchung bei Kriegsverletzten von Prof. Dr. *Rud. Grashey*. München. J. F. Lehmanns Verlag. 204 S. mit 184 Abb. Geb. 4 Mk.

Vischer, A. L., Die Stacheldraht-Krankheit. Beiträge zur Psychologie des Kriegsgefangenen. (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen. H. 5.) Zürich. Rascher & Co. 55 S. Brosch. 1 Mk. 60 Pf.

Wassermann, S., Über eine mit Schwellung und Rötung der Beine verbundene Knochenschmerzhaftigkeit bei Kriegern. Zugleich Beitrag zur Frage der „Ostitis" *(Kraus-Citron)*. Wien klin. Woch. Nr. 35. S. 968.

Wassermann, S., Über hochwertige Erythrozyten- und Hämoglobinbefunde bei Kriegern. Münchn. med. Woch. Nr. 34. S. 927.

Wesselko, O., Zwanzig Monate k. u. k. gros. mob. Epidemielaboratorium Nr. 13 in Montenegro. Militärarzt Nr. 8. S. 132.

Wiese, O., Über Lichtsinnprüfungen im Felde. Med. Klin. Nr. 40. S. 988.

Wolf, A., Beiträge zur Stomatologie im Felde. Militärarzt Nr. 8. S. 134.

Wolf, J., Kriegsbeiträge zur Lehre der Asthenie. Militärarzt Nr. 8. S. 136.

21. Tierheilkunde, Veterinärwesen.

Aebly, J., Nochmals die Karzinom-Statistiken. Erwiderung auf die Bemerkungen Prof. Dr. *Labhardts* zu meinem Artikel in Nr. 25 des Korrespondenz-Blattes. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 32. S. 1069.

Bardswell, N. D., Colonies for consumptives. Lancet Nr. 4953.

Berg, M., Weibliche Krankenpflege. Ther. d. Gegenw. H. 9. S. 305.

Enge, Zum 25jährigen Amtsjubiläum von Herrn Direktor Dr. *Wattenberg*, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 23/24. S. 153.

Hemsted, H., A combined embarcation and boat distribution sheme for hospital ships and ambulance transports. Lancet Nr. 4960.

Herzfeld, Wie müssen unsere Kranken gelagert sein? Hyg Nr. 9. S. 84.

Labhardt, Zur Frage der Krebsstatistiken. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 32. S. 1066.

Rousseau, E., Témoin bactériologique pour vérifier la stérilisation des instruments et pansements. Bull. de Sc. pharm. Bd. 25. Nr. 3 u. 4. S. 114.

Varrier-Jones, P. C., and G. Sims Woodbeat, Further experience in colony treatment and aftercare. Lancet Nr. 4953.

Ward Jr., G. Gray, Hospital standardisation and its application to the organisation of a special hospital. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 1. S. 65.

22. Krankenpflege, Statistik usw.

Andel, M. A. van, Afbeeldingen van leprozen op oude Nederlandsche kunstwerken. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 14. S. 1210.

Askanazy, Nachruf auf *Ernst Neumann*. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 15. S. 409.

Askanazy, M., *Paul v. Baumgarten*. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 973.

Blau, *Heinrich Walb* zum 70. Geburtstag. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1142.

Bué, V., *E. Bonnaire*. Presse méd. Nr. 40. S. 365.

Djurberg, V., Ur Hollands medicinska historia. Hygiea Bd. 80. H. 16. S. 921.

v. Düring, Erfahrungen in Kleinasien über endemische Syphilis. Münchn. med. Woch. Nr. 36. S. 1000.

Erb, W., *Friedrich Schultze*. Zum 17. August 1918. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. H. 1—3. S. I—VIII.

Garten, S., *Ewald Hering* zum Gedächtnis. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 10—12. S. 501.

Gerhartz, H., Zum 70. Geburtstage *Friedrich Schultzes*. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1055.

Giese, E., Zum Prozeß *Henkel*. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1053.

Gijsberti Hodenpijl, A. K. A., Verbetering in de behandeling der zieken van het hospitaal te Batavia in 1743. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 5. S. 399.

Gottlieb, R., *Oswald Schmiedeberg*, der Begründer der experimentellen Pharmakologie. Umschau Nr. 44. S. 553.

Güttich, Der Grundgedanke des *Armen Heinrich* im heutigen Aberglauben der Volksmedizin. D. med. Woch. Nr. 33. S. 918.

Hanssen, Geschichte der „Spanischen Krankheit" in Schleswig-Holstein. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1030.

Hartmann, F., Die k. k. Nervenklinik Graz im Dienste des Krieges. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 39. H. 2 u. 3. S. 1162.

Hübotter, Ein Nervenfall aus der Praxis eines chinesischen Arztes vor mehr als 2000 Jahren. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 286.

Langfeldt, Populäre Geschichte der medizinischen Wissenschaft. Hyg Nr. 9. S. 87; Nr. 10. S. 89; Nr. 11. S. 98; Nr. 12. S. 110.

Levinsohn, R., *Johann Peter Frank* (1745 bis 1821) und die Eugenetik. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 4. H. 1 u. 2. S. 16.

Lint, J. G. de, Afbeeldingen van geneesheeren uit Oud-Egypte. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 5. S. 372.

Löhmann, Aus der Geschichte des deutschen Turnens. Hyg Nr. 12. S. 108.

Kassel, K., Die ersten deutschen Schriftwerke in der Chirurgie. D. med. Woch. Nr. 41. S. 1141.

Kerr, H. J. W., Kala-azar in Malta: two cases treated by intravenous injection of tartar-emetic. Lancet Nr. 4950.

Kolbe und Soucek, Hygienische und epidemiologische Betrachtungen aus Montenegro, vorwiegend aus dem Kreise Plevlje. Militärarzt Nr. 6. S. 98.

Körner, O., Die sanitäre Entwicklung Montenegros. Militärarzt Nr. 6. S. 100.

Kossel, H., *Georg Gaffky* †. Geboren 17. Febr. 1850, gestorben 23. Sept. 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1191.

Kuenen, W. A., Amoebiasis in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 13. S. 1140.

Meyer, H., Über das Auftreten frischer Malaria-tertiana-Erkrankungen in der Umgebung von Berlin. Med. Klin. Nr. 36. S. 880.

Nassau, M., Die Malariaepidemie 1917 im Kreise Podgorica. Militärarzt Nr. 6. S. 106; Nr. 7. S. 113.

Obersteiner, H., Die Neurologie in Wien vor 50 Jahren. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 21/22. S. 131.

Ottow, B., Der geburtshilflich-gynäkologische Lehrstuhl an der Universität Dorpat. Samml. klin. Vortr. Nr. 749 u. 50. S. 147.

Pekelharing, C. A., Professor *C. Winkler*. 20. Sept. 1893 bis 20. Sept. 1918. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 12. S. 917.

Pernot, H., Nos anciens à Corfou. Souvenirs de l'aide-major Lamare-Picquot (1807—1814). Paris. Alcan, éd. 1 vol. in-18°. 256 S. 4.55 frs.

Pfeiffer, R., *Georg Gaffky* †. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1199.

Salomon, H., *v. Noorden* an der Arbeit. Therap. Monatsh. H. 9. S. 305.

Satre, A., L'enseignement de la chirurgie à Pont-à-Mousson au XVIIIe siècle. Presse méd. Nr. 44. Suppl. S. 513.

Schelenz, C., Zur Geschichte der Entlausung bei Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 35. S. 975.

Schrötter, H. v., Notiz zur Geschichte unserer Kenntnis der Orientbeule. Wien. klin. Woch. Nr. 38. S. 1039.

Siebenmann, F., Erweiterung der otolaryngologischen Universitätsklinik und Poliklinik in Basel. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 3 u. 4. S. 191.

Sigerist, H. E., Aus einem Lazarett im zweiten Villmergerkrieg 1712. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 30. S. 1000.

Spielmeyer, W., *Korbinian Brodmann* (gest. am 22. August 1918). Münchn. med. Woch. Nr. 41. S. 1138.

Stettner, Ein Bild Doktor Eisenbarts. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1223.

Sudhoff, K. v., Geschichte der Medizin. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 9. S. 44.

Trendelenburg, F., *Max Wilms* †. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 5 u. 6. S. 1.

Wallenberg, A., *Ludwig Edinger* †. (1855 bis 1918.) D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. I—XXXV.

Wiedersheim, R., *Herbert v. Berenberg-Goßler* †. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 12. S. 318.

Wiersum, C., Het receptenboek van *Barent Hovius*, chirurgijn te Rotterdam (17e eeuw). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Hälfte Nr. 16. S. 1300.

23. Technik.

Adam, A., Eine Stammlösung zur *Romanowsky*-Färbung. D. med. Woch. Nr. 36. S. 995.

Albers-Schönberg, Hilfsmittel für Einarmige. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1222.

Ansinn, O., Präzisionsmaß für die unteren Extremitäten. D. med. Woch. Nr. 34. S. 941.

B., R., L'encre de chine en technique bactériologique. Presse méd. Nr. 35. S. 328.

Benedikt, M., Meine Hand als Rute. Wien. klin. Rundschau Nr. 37 u. 38. S. 210.

Berczeller, L., Über Koloidmembranen als Dialysatoren. Biochem. Zeitschr. Bd. 90. H. 5 u. 6. S. 302.

Biesalski, Das neue Modell der aktiven Fischerhand und Arbeitsklaue. Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1078.

Biesalski, Beitrag zum Bau des Sauerbruch-Kunstarmes. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 901.

Bockenheimer, Ph., Zur Sterilisation der Verbandstoffe. Med. Klin. Nr. 40. S. 993.

Brandenstein, Aderpresse als Ersatz der *Esmarch*schen Binde. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1221.

Bureau, M., Un nouvel appareil à anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Presse méd. Nr. 53. Suppl. S. 626.

Chaoul, H., Das Radioskop. Ein neuer Apparat für Röntgendurchleuchtungen und Aufnahmen. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1185.

Chapple, W. A., A modification of the *Stokes-Gritti* amputation. Brit. med. Journ. Nr. 3007.

Citron, H., Über quantitative Zuckerbestimmung nebst Beschreibung eines neuen Harnzuckerapparates. Münchn. med. Woch. Nr. 38. S. 1053.

Crile, D. W., Extension apparatus for fracture of the femur. Brit. med. Journ. Nr. 3011.

Desfosses, P., et Ch. Robert, La suspension dans le traitement des fractures. Appareils anglo-américains. Paris. Masson et Cie., éd. Collection Norizon. 4 frs.

Escher, T. v., Zur Verbandstoffersparnis. Wien. klin. Woch. Nr. 40. S. 1088.

Flatau, W. S., Pessare aus Porzellan. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 37. S. 638.

Friedländer, E., Die Technik der intravenösen Injektion. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 25. S. 161; Nr. 26. S. 169.

Gaßner, G., Über die praktische Verwendbarkeit des Metachromgelbs und metachromgelb-ähnlicher Stoffe für differentialdiagnostische und andere Nährboden. D. med. Woch. Nr. 32. S. 884.

Gocht, Die Papierbinde. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1053.

Goergens, H., Die Lagebestimmung von Fremdkörpern mittels Durchleuchtungsverfahren unter Anwendung von Operationsmitteln. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 17.

Grünbaum, H., Ein handlicher Taschenapparat zur Eiweißuntersuchung. Wien. klin. Woch. Nr. 38. S. 1038.

Haedke, M., Die „elastische Blutsperre", ein neues Gerät zur Erzeugung der *Esmarch*schen Blutleere. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1221.

Hathaway, F., The abuse of drainage tubes. Brit. med. Journ. Nr. 3000.

Haudek, M., Eine Revision der Methodik der röntgenologischen Herzgrößenbeurteilung. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 7. S. 1.

Helbing, C., Kurze Mitteilung über einen Ersatz von Gipsmullbinden. Zentralbl. f. Chir. Nr. 33. S. 570.

Henze, Über die Anfertigung guter anschaulicher Diapositive von Röntgenplatten. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 9. S. 275.

Hirschberg, O., Oberschenkel-Transportschiene. D. med. Woch. Nr. 43. S. 1197.

Hoffmann, R. St., Behelfsprothesen für Hüftgelenksenukleierte. Münchn. med. Woch. Nr. 31. S. 850.

Jerusalem, M., Über Verbandstoffsparung. Bemerkungen zu dem gleichnamigen Artikel von *Exner, Ranzi* und *Weibel* in dieser Wochenschrift. Wien. klin. Woch. Nr. 35. S. 972.

Karajan, E. R. v., Moos als Verbandstoff. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1182.

Kelling, G., Über die Beseitigung der Narkosedämpfe aus dem Operationssaale. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 602.

Klinger, R., A propos de la transfusion de sang citraté. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 31. S. 1042.

Koerting, W., Gipsverbände mit Papierbinden. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1081.

Koleszár, L., Neuer portativer Extensionsapparat zur Behandlung von frischen und veralteten Oberschenkelfrakturen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 146. H. 5 u. 6. S. 258.

Krukenberg, R., Katgutsterilisation nach *Heusner* durch 1proz. Jodbenzin. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. S. 733.

Kusnitzky, E., Ein praktischer Notbehelf zur Messung harter Röntgenstrahlen. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1156.

Lehne, R., Eine einfache Methode, Gleitschienen zu konstruieren und zu montieren. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 9. S. 267.

Lengfelder, K., Ein künstlicher Fuß. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1164.

Louvard, G., De la prothèse provisoire des amputés. Presse méd. Nr. 36. S. 331.

Marcus, Über den Nutzen von sogenannten Behelfsapparaten. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 8. S. 167.

Mühlhaus, F. R., Alarmapparat zur Anzeige lebensgefährlicher Blutungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 19. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 10. S. 37.

Neger, Wundverbände für den Transport. Münchn. med. Woch. Nr. 44. S. 1222.

Neumann, K. E., Speichelsauger. Münchn. med. Woch. Nr. 43. S. 1180.

Nieny, Die willkürlich bewegliche künstliche Hand nach *Sauerbruch*. Umschau Nr. 36. S. 435.

Pauchet, V., Extirpation aseptique du côlon droit pour constipation, tuberculose ou cancer. Presse méd. Nr. 50. S. 459.

Pearson, M. G., A bed and some appliances for gunshot wounds of the femur and back. Brit. med. Journ. Nr. 3008.

Pick, J., Ein neuer, einfacher Unterdruckatmungsapparat. Med. Klin. Nr. 36. S. 889.

Pordes, F., Einfaches Verfahren zur Ortsbestimmung von Steckschüssen auf einer Röntgenplatte. Bemerkung zu dem Aufsatz von Stabsarzt Dr. *Hans Köhler* in Nr. 27 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. Nr. 33. S. 920.

Prell, H., Die Herstellung von Blutpräparaten insbesondere zur Malariadiagnose. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 39. S. 339.

Reinhart, A., Über die Eignung der Sphygmovolumetrie zur Bemessung der Systolengröße. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 127. H. 3 u. 4. S. 300.

Reitz, A., Die mikroskopische Forschung im Kriege. Hyg Nr. 10. S. 92.

Renner, Einfach herstellbare Schiene zur verschiedenartigen Lagerung schwerer Beinverletzungen. D. med. Woch. Nr. 42. S. 1165.

Riedl, F., Heilgeräte für Dauerbehandlung. Wien. med. Woch. Nr. 37. S. 1614.

Riegel, W., Ein einfaches Verfahren zur Schnellfärbung von Ruhramöben zu diagnostischen Zwecken. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 13 u. 14. S. 217.

Ries, K., Ein Behelf bei intravenösen Salvarsaninjektionen. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1032.

Roedelius, E., Zur Technik der direkten Blut- und Eigenbluttransfusion. Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. S. 598.

v. Roznowski, Siemens-Aureollampe. Ther. d. Gegenw. H. 10. S. 336.

Schaedel, Billroth-Batist zur Bedeckung von Wundflächen. D. med. Woch. Nr. 38. S. 1054.

Schanz, A., Von Stümpfen und Prothesen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 4. S. 738.

Scheer, K., Verbesserung des Typhusbazillennachweises durch ein Zentrifugierverfahren. Med. Klin. Nr. 31. S. 758.

Schrumpf, P., und H. Zöllich, Saiten- und Spulengalvanometer zur Aufzeichnung der Herzströme. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 10. 11 u. 12. S. 553.

Seitz, W., Über die verschiedenen Methoden der röntgenographischen Ortbestimmung von Fremdkörpern. D. med. Woch. Nr. 37. S. 1020.

Semper, A., Über das Befestigen des Verweilkatheters. Zentralbl. f. Chir. Nr. 40. S. 714.

Semper, A., Über Katgutsparen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 42. S. 748.

Sievers, R., Verbesserter selbsttätiger Wundhaken. Zentralbl. f. Chir. Nr. 42. S. 741.

Suchanek, E., und A. Mestitz, Ein neuer Peroneusapparat. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 19. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 10. S. 37.

Stargardt, K., Ein einfaches Radiumadaptometer zur Untersuchung auf Hemeralopie. Münchn. med. Woch. Nr. 33. S. 909.

Stein, St., Die verstellbare Bank Podergon. Zur Mobilisierung und Kräftigung der unteren Gliedmaßen. Wien. med. Woch. Nr. 36. S. 1568.

Valois, G., et Rouveix, Les Borgnes de la guerre. Prothèse chirurgicale et plastique. Paris. Masson et Cie., éd. 1 vol in-8°. 28 Fig. u. 25 Taf. 12 frs.

Veit, K. E., Beschreibung einer Daumenprothese. Münchn. med. Woch. Nr. 35. S. 972.

Vulpius, Eine einfache Armschiene. Münchn. med. Woch. Nr. 42. S. 1162.

Weill, P., Ein einfacher Zeichenapparat für mikroskopische Zwecke. Münchn. med. Woch. Nr. 32. S. 879.

Weski, Praktische Winke zur Ausführung einer genauen röntgenologischen Fremdkörperlokalisation. D. med. Woch. Nr. 39. S. 1087.

Wolff, W., Eine selbsttätig auslösbare Sperre für das Kniegelenk an Kunstbeinen. Münchn. med. Woch. Nr. 37. S. 1031.

Zeißler, J., Die Pferdeblut- oder Schafblut-Traubenzuckeragarplatte als Ersatz für die Menschenblut-Traubenzuckeragarplatte zur Züchtung der pathogenen Anaërobier. D. med. Woch. Nr. 34. S. 942.

Zorn, L., Der Distraktionsklammerverband bei Coxitis tuberculosa (u. anderen Hüftleiden). Münchn. med. Woch. Nr. 39. S. 1079.

Zwirn, O., Eine neue Aderpresse. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 19. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 10. S. 39.

24. Sexualwissenschaft.

Bloch, Über traumatische Impotenz. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 4. S. 135.

Bornstein, Alkohol und Sexualität. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 6. S. 188.

Boruttau, Fortpflanzung und Geschlechtsunterschiede des Menschen. Eine Einführung in die Sexualbiologie. 2. verbess. Aufl. (Aus Natur und Geisteswelt 540. Bdchn.) Leipzig. B. G. Teubner. 106 S. mit 39 Abbild. im Text. Geb. 1 Mk. 50 Pf.

Dück, J., Frauenschicksal — Völkerschicksal. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 3. S. 81.

Fehlinger, H., Pubertät und Klimakterium. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 5. S. 165.

Fränkel, Zur Behandlung der Störungen der Sexualsphäre. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 38. S. 149.

Gerson, A., Darwin in Not. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 2. S. 55.

Kammerer, P., Sexualität und Symmetrie. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 2. S. 41.

Lomer, Auslese zur Ehe. Umschau Nr. 37. S. 453.

Löwenfeld, Über die Ehescheu und deren Bekämpfung. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 6. S. 179.

Marcuse, M., Wandlungen des Fortpflanzungs-Gedankens und -Willens. (Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung Bd. 1. H. 1.) Bonn. Marcus & E. Webers Verlag. 73 S. Einzelpr. 5 Mk. 20 Pfg. Vorzugspr. 3 Mk. 90 Pf.

Müller-Freienfels, R., Die Frau und die Kunst. Psychologische Untersuchungen zum Problem einer spezifisch weiblichen Kunst. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 4. H. 1 u. 2. S. 1.

Müller-Lyer, F., Die Zähmung der Nornen. Erster Teil: Soziologie der Zuchtwahl und des Bevölkerungswesens. München. Alb. Langen. Geh. 7 Mk. 50 Pf. geb. 10 Mk.

Posner, C., Die Hygiene des männlichen Geschlechtslebens. 3. verbess. Aufl. Leipzig. Quelle & Meyer. 121 S. m. zahlr. Abbild. Geb. 1 Mk. 50 Pf.

Praetorius, N., Zwei französische Dichter des 17. Jahrhunderts (Théophile de Viau und Jacques Vallée Des Barreaux) und ihre Beziehungen zur Homosexualität. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 3. S. 95.

Schneickert, H., Zur Geschichte der Berliner Bordelle. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 2. S. 61.

Turel, A., Sexualsymbolik. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 5. H. 5. S. 153; H. 6. S. 199.

Sach-Register.

Originalabhandlungen und **Übersichten.** Seite

Namen-Register.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG (Dr. jur. Albert Ahn) IN BONN

Soeben erſchien:

Über nervöſe Erkrankungen nach Eiſenbahnunfällen

mit beſonderer Berückſichtigung von Verlauf und Entſchädigungsverfahren

Eine kliniſche und begutachtungstechniſche Studie

von

Dr. med. PAUL HORN

Privatdozent der Univerſität Bonn
Oberarzt am Krankenhauſe der Barmherzigen Brüder

Mit einem Vorwort von Dr. TH. RUMPF

Geh. Med.-Rat und Profeſſor an der Univerſität Bonn

Zweite völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage.

Preis: geh. M. 9.–, geb. M. 10.80; mit Teuerungszuſchlag geh. M. 9.90, geb. M. 11.90

VORWORT ZUR ZWEITEN AUFLAGE.

Die Verbreitung, die der 1. Auflage vorliegender Monographie zuteil geworden, ſowohl in ärztlichen wie in juriſtiſchen Kreiſen als auch bei Verwaltungsbehörden, dürfte bewieſen haben, daß die zuſammenfaſſende Darſtellung der praktiſch ſo wichtigen Eiſenbahnunfallneuroſen einem Bedürfnis entſprach, vor allem auch einem Bedürfnis der praktiſchen Ärzte, nicht nur des engeren Kreiſes der Bahnkaſſenärzte, ſondern auch der zahlreichen ſonſtigen Ärzte, die Eiſen- und Straßenbahnunfallkranke zu behandeln und zu begutachten Gelegenheit haben. Ich konnte dies auch aus einer Reihe von Beſprechungen entnehmen, die vor allem die praktiſche Bedeutung der hier erörterten Fragen für Ärzte, Anwälte, Verſicherungsgeſellſchaften und haftpflichtige Behörden betonten.

Inzwiſchen ſind durch weitere Erforſchung der Unfall- und Kriegsneuroſen in kliniſcher Hinſicht eine ganze Reihe neuer Geſichtspunkte hinzugekommen, auf die ich teilweiſe ſchon in Fachzeitſchriften ſowie in meinem kürzlich erſchienenen Lehrbuche der „Praktiſchen Unfall- und Invalidenbegutachtung“ eingegangen bin, die aber auch in vorliegender Neuauflage der Monographie entſprechende Verwertung erforderten. Ebenſo hat das Entſchädigungsverfahren bei Unfallneuroſen in den letzten Jahren neue und wichtige Entſcheidungen der Gerichte gezeitigt, die jeder Arzt, der einſchlägige Fälle zu beurteilen hat, notwendigerweiſe kennen muß. Ich habe daher den geſetzlichen Grundlagen des Entſchädigungsanſpruchs und ihrer Auslegung durch die Gerichte einen weiteren Raum als früher zugebilligt. Auch der Gang des Entſchädigungsverfahrens wurde eingehender berückſichtigt unter gleichzeitiger Darlegung notwendiger Reformvorſchläge. Endlich konnte ich, wie ich hoffe, die Beweiskraft meiner früheren Ergebniſſe dadurch noch ſteigern, daß ich weiteres Material zu dem früheren hinzuzufügen in der Lage war, ſo daß meine Schlußfolgerungen ſich jetzt auf eine erheblich breitere Grundlage ſtützen und nicht nur für nervöſe Erkrankungen nach Eiſen- und Straßenbahnunfällen, ſondern teilweiſe auch für ſonſtige Unfallneuroſen allgemeinere Gültigkeit haben. Die Neuauflage der Monographie iſt alſo kein einfacher Abdruck, ſondern eine völlige Umarbeitung und Erweiterung der früheren Auflage, wie ja auch ſchon aus der Berückſichtigung der neueſten Literatur über Unfallneuroſen hervorgeht.

Möge ſie wie ihre Vorgängerin einer objektiven, vorurteilsfreien Beurteilung nervöſer Unfallfolgen ſowohl von mediziniſcher als juriſtiſcher Seite die Wege ebnen; denn unparteiiſche Objektivität muß wie dem Richter ſo auch dem ärztlichen Gutachter ſtets oberſter Leitſatz bleiben.

Bonn, im Juni 1918.

Dr. PAUL HORN.

INHALTSVERZEICHNIS.

Für den Anzeigenteil verantwortlich: A. Marcus & E. Webers Verlag in Bonn.
Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07400 7181

